COUNTWAY LIBRARY
HC 425J 6

2 1.2.213.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

LECCIONES CLÍNICAS

SOBRE LAS

ENFERMEDADES DE LA PIEL

178

BIBLIOTECA DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LECCIONES CLÍNICAS

SOBRE LAS

ENFERMEDADES DE LA PIEL

DADAS EN EL HOSPITAL DE SAN LUIS, DE PARIS

POR EL

DR. E. GUIBOUT

Médico del hospital de San Luis, caballero de la Legion de honor, etc

VERTIDAS AL CASTELLANO CON AUTORIZACION DEL AUTOR

POR LOS SEÑORES

D. JOSÉ RAMON DE TORRES MARTINEZ

Doctor en Medicina y Cirugía de la Facultad de Cádiz, etc., etc.

D. JOSÉ M. RUIZ BARROSO

Licenciado en Medicina y Cirugía de la Facultad de Cádiz

PRECEDIDAS DE UN PRÓLOGO

DEL DOCTOR

D. JOSÉ EUGENIO OLAVIDE

Médico del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.
Individuo de la Real Academia de Medicina.
Caballero de la Real y distinguida Orden de Isabel la Católica, etc., etc.

MADRID
TIPOGRAFIA Y ESTEREOTIPIA PEROJO

1878

Es propiedad.

Q405
MEDIC
DEC 31
RA
27.D.275.

PRÓLOGO DE LA EDICION ESPAÑOLA.

Nadie desconoce en la actualidad la importancia que tiene el estudio de las enfermedades de la piel.

El vulgo se la da, porque puede apreciar por sí las lesiones morbosas, las deformidades más ó ménos repugnantes que producen, y los resultados del tratamiento; el sexo bello las teme por lo que puede afectar á su belleza y á su consideracion social; el médico las estudia, porque sabe sus relaciones con estados constitucionales y afecciones profundas importantísimas, y los Gobiernos, exceptuando el nuestro y el de otras naciones tan atrasadas como España en el ramo de la Instruccion pública, establecen la dermatología como asignatura oficial, ó estimulan y favorecen su enseñanza libre en los hospitales.

Hébra, Wilson, Bazin, Cazenave, nombres tan ilustres en la ciencia contemporánea como los de Alibert y Villan en el comienzo de este siglo, glorias son de sus respectivos países por lo que en sus clínicas han enseñado y por los adelantos que en sus libros consignan.

Al leerlos con la atencion que merecen, se echa de ver lo que han influido, y lo que influir pueden más

adelante en las ideas filosóficas y en los juicios clínicos de los patólogos, las minuciosas investigaciones de estos sabios.

El autor del presente libro no pretende crear escuela ni discutir siquiera los principios filosóficos de la ciencia dermatológica. Le basta con enseñar de un modo elemental, sencillo y práctico las diversas lesiones cutáneas; y, por lo tanto, en vez de clasificar, busca los métodos de diagnóstico clínico; en vez de escribir una nosología, se fija en la nosografía.

El alumno estudioso no encontrará en el libro de Guibout las ardientes y apasionadas discusiones que tanto distinguen las obras de Bazin, de Devergie y de Cazenave; pero hallará las descripciones morbosas, que es lo que al principio le importa; sabrá conocer y diagnosticar un psoriásis, un eczema, un impétigo y un acné, y hallará medios para no olvidar lo que son el pénfigo, el hérpes, la rupia, el ectima, el prurigo y el líquen.

La mayoría de los médicos no puede dedicarse á profundos estudios dermatológicos, ni los necesita para ejercer la práctica general de la ciencia médica; pero quiere saber lo principal, lo preciso y lo suficiente para no hacer mal papel en la profesion y para saberse conducir en el aislamiento de los partidos ó en los pueblos de escaso vecindario, ante las dermatósis que se presenten y hayan de combatirse por absoluta precision.

La frecuencia, ó mejor dicho, la abundancia de dermatósis que hay en España por razon de su clima, de sus costumbres y de su múltiple abolengo hereditario, en el cual la sangre goda y la árabe se hallan íntima-

mente mezcladas y confundidas con la natural del país, hace indispensable el estudio de la dermatología á la mayor parte de los médicos que van á practicar en los pueblos, y ningun otro Manual, como el presente, puede ilustrarles en los casos difíciles por la claridad y sencillez con que describe las lesiones cutáneas y el tratamiento que más las conviene.

Guibout, aunque no lo dice, sigue la buena senda para el tratamiento de las dermatósis.

Atiende primero á la forma de la lesion; pero busca en seguida la naturaleza, es decir, la enfermedad ó la causa que la determina ó sostiene: diagnostica un eczema, por ejemplo; pero para fijar el tratamiento general averigua si es idiopático, parasitario ó herpético.

Guibout combate en ligeros detalles las ideas de Bazin, admite especies que este autor niega y deja de admitir otras que él considera evidentes; y, sin embargo, es de su escuela, y las ideas del gran reformador se infiltran sin querer en todas las páginas de esta obra, que no por eso deja de tener la originalidad posible en toda ciencia experimental.

La dermatología vuelve hoy á pasar por un período de lucha ó de discusion análogo al que tuvo en la época originaria de Willan y Alibert.

Los localizadores, como Hébra, pugnan por establecer la independencia más completa entre la afeccion cutánea y los estados constitucionales.

Los naturistas, como Bazin, se esfuerzan, por el contrario, en el establecimiento y caracterizacion de las grandes unidades morbosas, sífilis, lepra, escrófula, artritismo, herpetismo, etc., y hacen depender

de ellas la mayor parte de las afecciones cutáneas.

Los primeros estudian minuciosamente los detalles de las lesiones cutáneas, y progresan indudablemente en el tratamiento tópico de las mismas, dando poca importancia á la afeccion constitucional, que unas veces niegan y otras consideran como el terreno en que se desarrolla y crece la dermatósis.

Los segundos, sin desatender la lesion cutánea ni el tratamiento tópico que pueda convenirla, tratan de caracterizarla segun su especie, es decir, de encontrar las modificaciones sintomáticas que en ella imprimen las afecciones constitucionales y de mejorar el tratamiento general que éstas necesitan.

Los primeros niegan que haya caractéres especiales para las llamadas sifílides, escrofúlides, herpétides, etc.; los segundos buscan la simetría y la picazon nocturna en el herpetismo, el color cobrizo, la forma circular, etc., para la sífilis; y el infarto cutáneo y glandular periférico á la erupcion, entre otros muchos caractéres, para la escrófula.

De esta divergencia de opiniones nace el progreso moderno en dermatología dividido en dos corrientes de opuesta direccion, que, á pesar de todo, se confunden ó confundirán andando el tiempo.

Hoy estamos en la época del entusiasmo, y por lo tanto de las exageraciones. Mañana se convencerán los que luchan de que pueden fundirse sus respectivos adelantos, á poco que cedan en su intransigencia.

Hombres ilustrados, como Guibout, escogerán de uno y otro bando lo útil para la ciencia, y alejados de la arena candente de la discusion, se aprovecharán de la luz que difunde.

Por esto recomendamos á los alumnos y á los jóvenes profesores las lecciones de Dermatología que han vertido al castellano los Sres. Torres-Martinez y Ruiz-Barroso.

En esta obra encontrarán lo que necesitan los enciclopedistas, y servirá para que den los primeros pasos aquellos otros que quieran dedicarse más profunda y detenidamente á la especialidad.

Madrid 1.° de Junio de 1878.

José Eugenio Olavide.

PRÓLOGO DEL AUTOR.

Gran número de médicos no ven en las enfermedades de la piel más que una *especialidad*, es decir, una rama aislada de la patología, que se la puede descuidar á su antojo, como si no tuviese con el resto más que relaciones vagas, inciertas, y mal definidas.

Este es un crasísimo error, contra el cual nunca se sabrá protestar lo bastante.

Hay, sin duda, una clase de enfermedades de la piel que no tienen raíz alguna en la economía, y que son, en un todo, independientes de la salud general. Tales son las que resultan de la accion de causas locales ó externas, de contactos irritantes ó mal sanos, inherentes á ciertas profesiones; son tambien las que producen los parásitos animales ó vegetales que se fijan en el espesor ó en la superficie de la piel.

Pero á excepcion hecha de estas afecciones, que son seguramente las ménos numerosas y las ménos importantes, todas las demas están ligadas á la salud, á la constitucion, al temperamento del enfermo; dependen de trastornos funcionales, de desórdenes locales, ó de estados patológicos generales.

Algunas pueden ser consideradas como emunctorios, como crísis saludables, destinadas á desembara-

zar la economía de otras enfermedades más graves y más profundas.

El mayor número son *síntomas.*

Así es que unas — ciertos exantemas — son la consecuencia, y como el eco de accidentes gastro-intestinales, pasajeros ó crónicos.

Otras traducen de una manera material y sensible ciertos estados morbosos generales, agudos y variados, designados con los nombres de *fiebres esenciales, fiebres eruptivas, pirexias.*

Casi todas nuestras diátesis se revelan sobre la piel, por lesiones, que son los caractéres distintivos y patognomónicos de cada una de ellas.

Sobre la piel el herpetismo, la sífilis y la escrófula, se nos presentan más habitualmente. Ella es su terreno, su sitio de eleccion; en ella es donde más frecuentemente comprobamos su existencia, establecemos su diagnóstico.

El cáncer se presenta en ella con sus tubérculos y sus ulceraciones, y la lepra con sus anestesias y sus coloraciones cobrizas.

La piel es, pues, como un vasto campo abierto al desarrollo de una multitud de lesiones, tan variadas en sus formas y en sus aspectos, como lo son en su naturaleza: y todas estas lesiones, que constituyen las enfermedades de que la vemos atacada, no son más que los signos exteriores y la traduccion de otras enfermedades más profundas, locales ó generales.

Consideradas bajo este punto de vista tan elevado, las dermatósis toman una importancia capital; no son sólo las enfermedades del tegumento externo, son, además, y más frecuentemente, las enfermedades de todo

el organismo, de toda la constitucion, pues que son los síntomas de nuestras diátesis y de nuestros trastornos funcionales.

Las dermatósis están, pues, íntima é indisolublemente ligadas á toda la patología, son una de sus lumbreras, al mismo tiempo que de ella reciben los rastros luminosos que nos permiten apreciar su carácter y su naturaleza.

Tal es la idea que debe tenerse de las enfermedades de la piel; ésta es tambien la que nos hemos esforzado en presentar en este libro, que hemos dividido en dos partes:

En la primera, damos la clave de la dermatología, estudiando desde luego las lesiones elementales ó anatomo-patológicas de donde proceden las dermatósis; despues dirigimos una ojeada general sobre su conjunto; vemos cómo y en virtud de qué principios y de qué caractéres pueden ser clasificadas, agrupadas ó divididas; indicamos lo que debe ser su diagnóstico, cómo debe comprenderse éste, sobre qué puntos debe formarse y cuáles son las dificultades que presenta.

Despues de estas consideraciones generales abordamos la historia de las afecciones genéricas, es decir, de las afecciones de la piel tomadas aisladamente y que constituyen cada una un género distinto. Estudiamos de este modo todas las más importantes, todas las que se encuentran más frecuentemente y que, por consiguiente, son las que más interesa conocer. Hay algunas entre éstas, que no hemos estudiado especialmente y aparte; pero por lo ménos hemos indicado sus caractéres patognomónicos al establecer el diagnóstico de las otras.

En la segunda parte describimos las escrofúlides y las sifílides.

Despues, poniendo á la vista como en un cuadro sinóptico las lesiones cutáneas de la sífilis, de la escrófula, del herpetismo, del cáncer, de las afecciones parasitarias y de las afecciones por causas locales ó externas, las comparamos entre sí, con el fin de hacer resaltar, de una manera clara, palpable y fácil de retener, los caractéres especiales, patognomónicos y diferenciales.

Consagramos una leccion á la dermatología de los órganos genitales de la mujer; al estudio comparativo de las membranas mucosas y de la piel consideradas bajo el doble punto de vista fisiológico y patológico, y establecemos la existencia de una diátesis poco conocida hasta hoy y que denominaremos *diátesis fibrómica*.

Inmediatamente despues, considerando las enfermedades de la piel, cualquiera que sea su naturaleza, en sus relaciones subjetivas, y colocando juntos, en cualquiera especie, el enfermo y la enfermedad, demostramos qué influencias ejercen las enfermedades sobre la salud general, y cómo á su vez la salud general, segun que sea buena ó mala, reacciona sobre su marcha, su duracion y su gravedad.

Terminamos por dos lecciones enteramente consagradas al tratamiento de las dermatósis. Ya en el estudio de las afecciones genéricas hemos tenido un cuidado muy particular en establecer el tratamiento que conviene á cada una de ellas. Pero la parte terapéutica de la dermatología es á la vez tan importante, tan difícil y tan desconocida, que creemos deber reunir,

como en un solo manojo, todo lo que con ella se relaciona, esto es: qué precauciones deben tomarse, qué indicaciones hay que llenar y qué medios deben emplearse.

Tal es, en pocas palabras, el espíritu y el plan de este libro: nosotros hacemos desde luégo la historia de todas las principales afecciones cutáneas tomadas aisladamente y cuando hemos adquirido de cada una de ellas una nocion suficiente, las estudiamos, no una á una, sino colectivamente bajo el triple punto de vista de sus relaciones recíprocas, de sus relaciones con todo el conjunto de la patología y de sus relaciones con la constitucion de los enfermos. Comenzamos por el análisis y concluimos pór la síntesis.

No terminaremos sin dar las gracias á nuestros excelentes internos MM. Menu, Lucas-Championière, y de un modo muy especial á M. Muzelier, que han querido recoger algunas de nuestras lecciones, así como las observaciones de que hemos necesitado.

E Guibout.

LECCIONES CLÍNICAS

SOBRE LAS

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

LECCION PRIMERA.

Consideraciones generales sobre el diagnóstico de las enfermedades de la piel.

SEÑORES:

Tengo la costumbre de comenzar mis lecciones sobre las enfermedades de la piel, por consideraciones generales referentes á estas enfermedades. Tanto es esto así, que el año último consagré mi primera conferencia al estudio comparativo de las mucosas y de la piel, consideradas bajo el triple aspecto de su estructura anatómica, de sus funciones fisiológicas y de sus enfermedades. Demostré clínicamente que, si existen entre las mucosas y la piel evidentes analogías bajo el punto de vista de la estructura y de las funciones que tienen que cumplir, estas analogías no son, ni ménos numerosas ni ménos evidentes, si se las considera en relacion con las afecciones de que son atacadas.

Y esto es tan cierto, que es imposible comprender nada de las enfermedades cutáneas, de su etiología, de su desarrollo, de su naturaleza y de su tratamiento, si no se conocen bien estas grandes leyes de relacion, de sinergia y de antagonismo que existen entre las mucosas y la piel.

Hoy voy á presentaros algunos puntos en conjunto sobre el

diagnóstico de estas enfermedades. Os diré, desde luégo, lo que debe ser el diagnóstico, cuáles son los puntos que debe determinar; estudiaremos en seguida las causas de error, las dificultades de que se rodea, y que es de una importancia capital el conocerlas bien.

¿Qué debe ser el diagnóstico en las enfermedades de la piel?—El diagnóstico, en el estudio y la práctica de las afecciones cutáneas, debe atenerse á la determinacion de tres puntos esenciales: 1.°, la *especie*; 2.°, el *género*; 3.°, la *naturaleza* de la lesion.

1.° *Especie.*—Los antiguos dermatólogos Alibert, Willan, Bateman, llamaban *especie* la lesion elemental; el lenguaje más exacto de nuestra época, le ha dado el nombre de *lesion anatómica*. Nosotros conservaremos esta definicion, que da una idea perfecta de la especie.

2.° *Género.*—El género se constituye por el conjunto y la variedad de los caracteres distintivos que reviste una especie. Hé aquí una vexícula trasparente, pequeña, aguzada, con surco en su base, sin inflamacion periférica, acompañada de un prurito intenso con exacerbacion nocturna y bajo la influencia del calor del lecho. Con la ayuda de estos caracteres particulares constituiremos el género *sarna*.

3.° *Naturaleza de la enfermedad.*—Una vez determinado el género, es necesario buscar la naturaleza de la afeccion; ó en otros términos: es necesario establecer si la enfermedad es ideopática y puramente accidental, ó si, por el contrario, no es más que la manifestacion de un estado general bajo cuya dependencia está. Pongamos un ejemplo: Hé aquí un hombre que presenta en la cara anterior del antebrazo una elevacion epidérmica formada por pus; cuando digamos que esta lesion es una pústula, habremos hecho el diagnóstico de la especie. Esta pústula es ancha, redondeada, aislada, elevada sobre un fondo eritematoso, llena de un pus grisáceo, que se concreta dando lugar á una costra oscura; con estos caracteres de la especie, constituiremos el género *ectima*. Pero, ¿cuál es la natu-

raleza de este ectima? ¿Es simple, es decir, resultado de una irritacion local? ¿Es estacionario, consecuencia de la influencia ejercida sobre la economía por los cambios climatéricos traidos por la primavera? ¿Existe como síntoma de la sarna, ó es sifilítico; es decir, expresion de la evolucion sifilítica llegada á su período terciario y ulcerativo? ¿O es, por último, caquéctico, es decir, debido á la influencia de la miseria, de la vejez ó de toda otra causa de debilidad fisiológica? Vemos, por lo que antecede, cuánto interesa que el diagnóstico precise los tres puntos que acabamos de señalar, y particularmente el que se refiere á la naturaleza de la afeccion, so pena de quedar en una irresolucion siempre desastrosa para los intereses del enfermo. ¿Cómo estableceremos esta tercera y tan importante parte del diagnóstico? Buscando con el mayor cuidado los caracteres propios á tal ó cual diatesis, caracteres que podremos encontrar con una suficiente costumbre de la clínica, y que nos permitirá establecer si una dermatose es ideopática, ó si, por el contrario, es el síntoma del herpetismo, de la sífilis ó de la escrófula. Así concebido, ¿el diagnóstico de las afecciones cutáneas es fácil ó difícil de establecer?

Cuando en el silencio del gabinete se medita sobre este asunto, la primera idea en que el pensamiento se detiene, es que este diagnóstico es fácil. En efecto, las enfermedades de la piel se ofrecen á nuestros sentidos por una porcion de caracteres objetivos de que la vista, el tacto, y hasta el olfato, nos dan cuenta. ¿No es el olor á ratones el que completa el diagnóstico de la tiña favosa? Y el olor fétido esparcido por las costras de rupia, ¿no es uno de los mejores caracteres de esta lesion de la sífilis? Y por otra parte, ¡qué diferencia entre las enfermedades de la piel, que existen casi por entero en sus caracteres exteriores y las afecciones viscerales, ocultas á nuestra vista en lo profundo de los órganos, y no se nos revelan sino por síntomas mediatos y frecuentemente engañosos! Y sin embargo, diremos, que el diagnóstico de las enfermedades de la piel, fácil en general, es en ciertas ocasiones muy difícil. Las dificultades

que presenta proceden de cinco causas principales, que voy á enumerar.

1.° *Primera causa de dificultad.* — La antigüedad de la afeccion, las consultas tardías hechas por los enfermos, hacen muy espinoso el papel del médico frente á las lesiones cutáneas de que aquellos están atacados. Estas afecciones sufren modificaciones, que son obra del tiempo, y la lesion primitiva desaparece, privando de este modo al médico de un precioso elemento de diagnóstico. Las vexículas que constituyen el primer período del eczema, las vexículas del herpes, las pústulas del impétigo, las ampollas de la primera fase de la rupia, pueden ser citadas como ejemplos de esta duracion efímera, de ciertas lesiones primitivas. Es necesario entónces procurar reconstituir por los conmemorativos, es decir, por un interrogatorio bien dirigido, la historia de las lesiones del comienzo; será preciso determinar, por ejemplo, si la dermatose era, desde luégo, seca ó húmeda; si presentaba verdaderas escamas ó restos de vexículas; y en una palabra: buscar con cuidado las huellas de la lesion primitiva, que puedan ponernos en vías de diagnóstico.

2.° *Segunda causa de dificultad.*—Otra causa de dificultad reside en la influencia ejercida por tratamientos erróneos que, procedentes de diagnósticos, erróneos tambien, ha modificado el aspecto y los caracteres exteriores de la lesion. ¿No vemos todos los dias ser invocados, sin razon, la sífilis, la escrófula ó el herpetismo, para explicar la naturaleza de afecciones á las que son extrañas estas diatesis? Pues de estos diagnósticos erróneos resultarán tratamientos intempestivos que se traducirán en presencia de la enfermedad por una exacerbacion de los síntomas de que ésta se acompaña. El papel del médico ilustrado aparece aquí como un papel reparador. Comenzará por establecer un tratamiento racional, emoliente y antiflogístico, por ejemplo, destinado á hacer desaparecer los desórdenes producidos por una terapéutica anterior mal dirigida. Y quizas entónces, cuando haya borrado las huellas de-

jadas por un tratamiento irritante, podrá recobrar algo de la lesion primitiva, y determinar, de este modo, la verdadera afeccion de que está atacado el enfermo.

3.° *Tercera causa de dificultad.*—Frecuentemente ocurre que lesiones de naturaleza y de especie diversas coexisten en una misma region. Entónces vemos, ó bien cada enfermedad conservar su carácter propio, ó bien al conjunto tomar un carácter uniforme á causa del predominio de una de las lesiones. Tanto es esto así, que una capa de impétigo puede cubrir un grupo de tubérculos de mentagra y hacernos desconocer su presencia. Hemos tenido últimamente en el núm. 50 de la sala de San Cárlos, un enfermo que tenía en la entrada de la nariz un chancro primitivo é indurado cubierto de impétigo. Fué solamente diagnosticado el impétigo, y no fué reconocido el error hasta el dia en que desapareció bajo la influencia de un tratamiento conveniente, dejando al descubierto el chancro cuya presencia enmascaraba. Cuando muchas lesiones coexisten así, se las ve otras veces confundirse en cierto modo, y producir una manifestacion mixta, una especie de mezcla nacida de la fusion de sus respectivos caracteres. Esto ocurre en la combinacion tan frecuente del eczema y del impétigo: de esta combinacion resulta una afeccion, que participa á la vez de uno y otro género, y que se ha llamado *eczema impetiginoso*. El enfermo núm. 34 de la sala de San Cárlos, nos presenta un ejemplo de esta causa de dificultad. Está atacado de una afeccion, á la que daremos el nombre de *psoriasis eczematoso*; porque si pertenece, por sus escamas, su forma y su espesor al psoriasis, por otro lado se aproxima al eczema por su coloracion y por el fondo húmedo, sobre el cual se desarrollan estas escamas.

4.° *Cuarta causa de dificultad.*—Una cuarta causa de dificultad para el diagnóstico de las enfermedades de la piel reside en el sitio ocupado por estas afecciones.

Un ejemplo hará comprender nuestra idea. El herpes es una afeccion frecuente que tiene ciertos sitios de eleccion, tales

como los alrededores de la boca, donde tiene su sitio habitual y donde reviste caracteres siempre fáciles de conocer. Pero cuando el herpes se nos muestra sobre otra region, como el prepucio ó la vulva, ¿qué aspecto tan diferente no revestirá entónces y de qué incertidumbres no rodeará el diagnóstico? Allí, en efecto, sus vexículas tan patognomónicas por su forma, por su persistencia y por las costras que las reemplazan, no tienen duracion alguna y rara vez pueden comprobarse; nunca dejan costras tras sí. La ulceracion es, pues, el único carácter del herpes, carácter bien insidioso en razon del sitio, porque muy frecuentemente vereis ulceraciones enteramente inocentes y puramente herpéticas, que son tomadas por chancros. Estas modificaciones tan profundas impresas á la fisonomía del herpes, cuando se desarrolla en las regiones que nos ocupan, son debidas á la excesiva tenuidad del epitelio que reviste la mucosa de los órganos genitales, á la humedad que baña estas partes, á su contacto recíproco y á los diversos frotamientos que allí se operan. Pongamos otro ejemplo. El psoriasis ocupa de preferencia la piel seca y gruesa; pero cuando se desarrolla sobre las partes finas y húmedas de la piel, entónces modifica profundamente sus caracteres; las escamas no presentan ya su espesor y su coloracion blanquecina característicos. Hé aquí un hombre que está atacado de psoriasis del pene y de las bolsas. En razon á la finura y á la humedad de la piel que cubre estas regiones, este psoriasis reviste un aspecto particular; sus escamas son delgadas, como foliáceas, y sería casi imposible determinar su verdadera naturaleza si no existiesen al mismo tiempo, en otras partes del cuerpo de este hombre, otras placas de psoriasis, revestidas éstas de sus caracteres normales, y que son para nosotros los rastros luminosos que esclarecen el diagnóstico. La naturaleza del sitio ejerce, pues, una incontestable influencia sobre las enfermedades cutáneas, y esta influencia podemos compararla á la que ejercen sobre los vegetales, el clima y el medio en que viven.

5.° *Quinta causa de dificultad.*—Reside en las formas ex-

trañas y raras que pueden revestir ciertas afecciones cutáneas. Si el psoriasis, por ejemplo, es fácil de distinguir cuando se presenta bajo su forma ordinaria, se vuelve, en cambio, difícil de reconocer si se ofrece á nuestra vista bajo la forma *girata* y *circinata*, ó tambien bajo la forma *guttata* cuando está desprovisto de escamas. En estas tres formas, fácil de equivocar, se asemeja á la sifílide papulosa y á la sifílide circinada tardía. ¿Qué hay más fácil de diagnosticar que una sifílide papulosa ó tuberculosa? Y sin embargo, ¿qué hay más difícil de definir que esta forma vegetante y córnea que vemos en esta jóven atacada de sífilis? La sífilis ha sido comparada con razon á un Proteo que reviste sucesivamente mil aspectos diversos, ella es frecuentemente difícil de sorprender bajo sus diversos disfraces. Puede, pues, darnos la medida de las dificultades que encuentra en el diagnóstico de las enfermedades de la piel, el práctico no ilustrado completamente en la variedad de sus metamorfosis.

Ya veis, señores, cuán útil es llamar vuestra atencion sobre el diagnóstico de las enfermedades de la piel y sobre las dificultades que le rodean, dificultades que, léjos de arredraros, deben ser para vosotros un poderoso estímulo. Las afecciones de la piel son muy frecuentes y se presentan á cada paso en la carrera del médico. Pensemos que son casi siempre graves; que su gravedad es tal para algunas, como la rupia y el pénfigo, que ponen en peligro la vida del enfermo. Si entre ellas las hay que presentan lesiones más benignas, sin embargo, puede decirse que son casi siempre graves, en razon de la lentitud de su evolucion, de su tenacidad y de los errores de que son la fuente, por los enfermos que arrancan de sus ocupaciones de la vida social y que obligan á veces, por lo que presentan de deforme y de repugnante, á sustraerse á las miradas del mundo, cuando las exigencias imperiosas de un tratamiento, casi siempre penoso, no los condenan ya á un reposo forzado y á una larga inmovilidad.

LECCION SEGUNDA.

Consideraciones generales sobre el diagnóstico de las enfermedades de la piel.

(Continuacion.)

SEÑORES:

En la conferencia anterior, os hablé del diagnóstico en las enfermedades de la piel. Os dije desde luego lo que éste debe ser, es decir, cuáles son los puntos que debe determinar. Estos puntos, como ya os lo expuse, son en número de tres: 1.º la *especie*, ó sea, la lesion anatómica que se trata de denominar; 2.º el *género*, es decir, la determinacion de tal ó cual afeccion cutánea constituida por un conjunto de caracteres similares presentados por la misma especie; 3.º la *naturaleza*, esto es, la esencia misma de la afeccion, su significacion, su valor como entidad morbosa.

Esto sentado, nos hemos preguntado si el diagnóstico así comprendido es fácil, y os he demostrado que, á pesar de las apariencias de gran facilidad, el diagnóstico de las enfermedades de la piel es en realidad muy frecuentemente difícil; os indiqué cuáles son las causas que lo hacen de una dificultad muchas veces excesiva.

Hoy, ántes de entrar en el fondo de la cuestion que debe ocuparnos, en el estudio clínico de las diferentes dermatoses, he creido conveniente exponeros tambien algunas consideraciones generales sobre el diagnóstico, asunto tan vasto, tan difícil y tan digno de fijar toda vuestra atencion. No le consideraremos ya, como la última vez, relativamente á sus dificultades, sino que lo estudiaremos en sí mismo con más amplitud y bajo

un punto de vista más lato que en la precedente conferencia; y nos preguntaremos lo que es, lo que debe ser, cuáles son los horizontes que debe abrir y desarrollar á nuestra vista.

Este asunto, señores, es muy vasto y comprende muchas partes.

Primeramente es necesario saber reconocer, discernir y denominar las lesiones elementales, las escamas, las vexículas, las pústulas, las pápulas, los tubérculos, etc.

En segundo lugar, despues de haber estudiado estos elementos mórbidos individualmente en sí mismos y de una manera abstracta, es preciso apreciarlos en la variedad de sus caracteres, de su aspecto y de su fisonomía; porque estas diferencias, estos rasgos, bastan para caracterizar dermatoses de nombres diferentes: así, por ejemplo, las escamas, segun su grado de espesor y de consistencia, segun su extension y su grado de adherencia, constituyen aquí un *psoriasis*, allí una *pitiriasis*. Las vexículas, segun su número, segun su desarrollo, segun el mayor ó menor espacio que ocupan, segun la duracion de su evolucion, se llamarán *herpes* ó *eczema*. Las pústulas, segun que sean aisladas ó confluentes, segun la coloracion de sus costras, serán ya un *impétigo*, ya un *ectima*.

Este primer modo de considerar el diagnóstico de las enfermedades de la piel, es seguramente muy interesante y encierra detalles y manifestaciones muy dignas de seros presentadas. Sin embargo, no es esto lo que yo busco: yo quiero por hoy suponer que conoceis los elementos primitivos y constitutivos de las dermatoses, y que sabeis reconocer y denominar estas mismas dermatoses.

Supongo, pues, que conoceis todo este primer é indispensable capítulo de la gran cuestion del diagnóstico, y en este caso poniéndoos delante de todas las afecciones cutáneas, cualesquiera que ellas sean, no buscaré con vosotros cuáles son sus elementos primitivos, ni cuáles son sus caracteres patognomónicos, sino que os preguntaré lo que son como *entidades mórbidas* y lo que valen como *semióticas*.

Ya veis, señores, que amplío la cuestion; la coloco en un terreno más elevado, pues que abandono su lado material, físico, y, en cierto modo, grosero, para penetrar más adelante en la nocion, en la esencia de las dermatoses y buscar cuál es su naturaleza y cuál es su expresion patológica.

¿Están estas enfermedades limitadas sólo á la piel y no interesan más que nuestro tegumento externo? ¿O, por el contrario, son manifestaciones de estados morbosos internos, de trastornos funcionales y de diatesis viciosas? ¿Son revulsivos naturales y espontáneos, verdaderos emunctorios que nos desembarazan de los principios morbosos que guardamos en nosotros mismos y que los antiguos llamaban nuestro *humor pecante*? ¿Son, por último, crísis saludables que conducen á la declinacion y que señalan la terminacion feliz de ciertos estados patológicos?... Señores, las enfermedades de la piel son todo esto, y las encontraremos ya *ideopáticas*, ya *críticas*, y muy frecuentemente *sintomáticas*. Bajo este triple punto de vista, vamos á estudiarlas hoy.

1.° Las *dermatoses* son *ideopáticas* cuando no expresan más que un estado morboso de la piel misma. Empero este estado morboso es la consecuencia ya de causas externas, ya de la existencia de parásitos.

En el primer caso encontramos las formas particulares de liquen, de eczema, de herpes, de eritema que resultan de contactos irritantes; así es que el labio superior está eritematoso por el hecho del coriza; así las vexículas y las ulceraciones herpéticas se manifiestan en las partes de la piel tocadas por un insecto venenoso, por una araña, por una oruga, ó bien por el jugo ácre é irritante de ciertas plantas, euforbiáceas, por ejemplo; así tambien en las personas gruesas y en los niños, la piel viene á ser el asiento de un eczema ó de un eritema llamados intertriginosos, cuando está en contacto prolongado consigo misma y tienen lugar frotamientos en su superficie, como en la parte interna y superior de los muslos. La manipulacion habitual de sustancias pulverulentas, ó el contacto de

cuerpos sólidos y líquidos á temperatura variable, producen los mismos efectos. Yo os presentaré numerosos ejemplos en las manos de plateros, de pintores, de tintoreros, de cocineros y de especieros.

Las afecciones ideopáticas de la piel son tambien, como hemos indicado, parasitarias, es decir, engendradas y sostenidas por parásitos. Estos parásitos pertenecen al reino vegetal ó al reino aminal. Las dermatoses parasitarias pueden ser consideradas á la vez como ideopáticas y como sintomáticas. Son *ideopáticas* pues que no expresan más que una inflamacion de la piel no dependiente de causa alguna interna ó diatésica; son al mismo tiempo *sintomáticas*, si se las considera bajo el punto de vista de la presencia de los parásitos, de los que son una manifestacion.

Los parásitos animales son: el *accarus scabiei*, que produce las vexículas y los surcos de la sarna; que taladra y eleva la piel como los topos taladran y levantan nuestras praderas; citaremos tambien el *pediculus corporis*, cuya presencia determina las pápulas del prurigo. Los parásitos vegetales son las diferentes especies de hongos que se implantan en el espesor del tegumento externo y que producen el *herpes circinado*, el *herpes tonsurante*, la *pitiriasis versicolor*, la *mentagra* ó *sicosis* y el *porrigo favoso* ó tiña favosa.

2.° Las afecciones de la piel son algunas veces *críticas*, es decir, que son el resultado de una feliz metástasis operada por la naturaleza para desembarazar la economía de un estado morboso más grave y más profundo. Así, algunas veces esa erupcion miliar particular, que se ha designado con el nombre de *sudámina*, y que teniendo lugar en el último período de la fiebre tifoidea, es mirada como de un pronóstico favorable; así tambien, y de una manera más eficaz, la aparicion inopinada de placas dartrosas y fluentes, verdadero catarro de la piel, pone fin, por una saludable sustitucion, á un catarro bronquial temible y hasta refractario. ¿No es sabido que el herpes de los labios anuncia muy frecuentemente el fin de un estado febril?

3.° Las enfermedades de la piel son *sintomáticas*. Señores, se dice con razon que los ojos son el espejo del alma, pues que todos nuestros pensamientos, todos nuestros sentimientos, todas nuestras pasiones, vienen á reflejarse en ellos. Luégo puede decirse, con tanta ó más razon, que la piel es un campo abierto y como una especie de panorama sobre el que vienen á pintarse y á traducirse la mayor parte de nuestros estados morbosos.

Ved todo lo que nos enseña la piel por las solas variaciones de su coloracion y todas las deducciones que podemos sacar bajo el triple punto de vista del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento. La piel, por su palidez, ¿no es uno de los mejores signos de la anemia? Por su coloracion roja muy acentuada, ¿no acusa, por el contrario, la plétora sanguínea? Y si esta coloracion es vinosa y violada, ¿no estamos, por esto solo, en vías de una enfermedad del corazon y de un obstáculo profundo de la circulacion? Si la piel es ictérica, ¿no será el hígado ó las vías biliares la causa de esta coloracion? Si las mejillas resaltan, por su color rojo vivo, sobre la palidez de la cara, temed la tuberculosis pulmonar, y si en una enfermedad de pecho, una sola de las mejillas está coloreada, buscad la lesion pulmonar en el mismo lado. Por su coloracion amarilla pálida, ¿la piel, no nos indica el cáncer y su diatesis? Por su aspecto lívido y térreo, ¿no nos indica un estado de sufrimiento general y profundo, de una caquexia, y especialmente de una caquexia palúdica ó saturnina? Del mismo modo que por su color bronceado nos revela la enfermedad de Addison.

Pero avancemos más en la patología de la piel, y veremos en ella el síntoma y la traduccion de casi todas las enfermedades. La piel es el terreno de predileccion de todas las diatesis; la sífilis produce en ella la mayor parte de sus accidentes primitivos, secundarios y terciarios; sus chancros blandos, indurados y fagedénicos; sus placas mucosas y rubeólicas, sus pápulas, sus tubérculos, sus escamas, sus ulceraciones y sus costras patognomónicas; en ella deja sus cicatrices como una huella acusativa de su paso.

La escrófula produce en ella sus estragos, sus coloraciones vinosas, sus deformidades, sus hipertrofias y sus destrucciones, y, como la sífilis, deposita para siempre sus cicatrices que no pertenecen más que á ella y que quedan grabadas como su sello y su marca indestructibles.

El escorbuto ostenta sobre la piel sus tintas equimóticas y sus placas, á veces tan bellas, de púrpura hemorrágica.

El cáncer y sus diferentes variedades: escirro, encefaloides, cancroide, desarrollan sobre la piel sus hongos, sus tubérculos y excavan sus ulceraciones características.

El herpetismo ó diatesis dartrosa tiene casi exclusivamente su asiento sobre la piel. En ella se desarrollan, bajo su influencia, el eczema bajo todas sus formas; el psoriasis con sus placas escamosas de configuraciones tan variadas y tan raras; el liquen y el prurigo con sus pápulas patognomónicas. Y si, segun M. Bazin, quisiésemos admitir la artritis, comprobaremos tambien sobre la piel esta diatesis.

Hace un momento os decía que el eritema es frecuentemente *ideopático*, y os citaba como ejemplo el *eritema intertriginoso;* hubiera podido unir el eritema producido por la luz solar y el eritema producido por el frio; la *insolacion* y los *sabañones.*

Pero hay otros eritemas que dependen de una causa interna; así el *eritema nudoso* está frecuentemente unido al vicio reumatismal, y algunas veces su aparicion no es otra cosa que el preludio de un reumatismo articular agudo.

El *eritema papuloso* es muy á menudo la expresion de trastornos gastro-intestinales producidos por la ingestion de alimentos de mala calidad ó de medicamentos irritantes, tales como la copaiba.

La urticaria está casi siempre bajo la dependencia de accidentes dispépticos. En su forma aguda, fugaz (*urticaria febrilis*), la urticaria es muy habitualmente la consecuencia de alteraciones en el régimen, de excesos en la comida y de una indigestion. En su forma crónica, intermitente y tan tenaz en

su duracion (*urticaria evanida*), la urticaria es tambien la expresion de un mal estado del estómago y de los intestinos, de una dispepsia crónica.

Os decía ántes que la coloracion térrea de la piel es ordinariamente el indicio de un estado general funesto. Hé aquí ahora dos verdaderas afecciones de la piel que, ellas tambien, denotan siempre un estado caquéctico y una degradacion de las fuerzas vitales: estas son la *rupia* y el *pénfigo*. Estas afecciones son la expresion habitual de todas las caquexias: de la caquexia de la miseria como tambien de la caquexia que resulta de una enfermedad grave ó de una diatesis morbosa.

Hace poco os citaba el *prurigo* como una manifestacion del herpetismo ó del temperamento dartroso: algunos momentos ántes hablé del *prurigo parasitario:* hé aquí ahora una tercera forma de *prurigo*, hé aquí un *prurigo* sin lesion anotomopatológica, es decir, sin pápulas apreciables, que producen accesos de comezon irresistible, accesos intermitentes, separados por intervalos de calma completa, verdaderos accesos de frenesí en los que los enfermos no son dueños de sí mismos, se rascan con furor y hasta faltarles la respiracion; hay aquí una especie de hiperestesia ó de neuralgia, indicio de una sobreexcitacion nerviosa general.

Creo, señores, haberos dicho lo bastante para haceros comprender lo que es y lo que debe ser el diagnóstico en las enfermedades de la piel, y cuál es su importancia. Sin duda es necesario desde luégo y ante todo saber reconocer las lesiones anatómicas primitivas. En segundo lugar es preciso, con la ayuda de estas lesiones ó tipos primitivos, poder establecer, reconocer y denominar las diversas afecciones cutáneas. Estas son aquí las dos primeras partes del diagnóstico; pero yo me atrevo á decir no son ni las más útiles, ni las más difíciles; la parte del diagnóstico más importante, la que es verdaderamente clínica, es la que consiste en determinar el valor semiológico de las dermatoses. Así, por ejemplo, hé aquí un *impétigo;* empero ¿cuál es su valor como entidad morbosa? ¿Es un

impétigo ideopático resultado de cualquier irritacion local? O, por el contrario, ¿es un impétigo sintomático del vicio escrofuloso? ¿Es este el impétigo que M. Bazin ha denominado *escrofúlides benigna*? Hé aquí un *acné*; ¿pero es un *acné esencial*, es decir, una simple inflamacion de los folículos sebáceos sin eco general alguno? ¿O es un *acné* escrofuloso ó sifilítico? Hé aquí ulceraciones; pero, ¿cuál es su naturaleza? ¿Son el resultado de algun accidente local? ¿Son, por el contrario, la expresion de una causa general ó diatésica? ¿Son ulceraciones dartrosas, herpéticas, varicosas, sifilíticas, escrofulosas ó cancerosas? Y si son cancerosas, ¿son cancróideas ó escirrosas?—Hé aquí costras: ¿cuál es su naturaleza, y cuál es su significacion? ¿Son costras sin valor, por sí mismas, bajo el punto de vista de una expresion morbosa cualquiera? ó, por el contrario, ¿son el indicio de la escrófula ó de la sífilis?

Pudiera multiplicar estos ejemplos, pero son suficientes los expuestos, para demostraros cuál es, en el diagnóstico de las dermatoses, el lado verdaderamente interesante y clínico. Y en efecto, ¿qué importa al médico, y sobre todo, qué importa al enfermo, que la lesion primitiva de una afeccion cutánea sea una vexícula, una pápula ó una escama, con tal que no sea desconocida la naturaleza patológica de esta afeccion, y que se puedan distinguir los caracteres de una dermatoses sintomática del herpes, de la escrófula, de la sífilis, del escorbuto ó del cáncer?

Despues de estas consideraciones, ¿podreis decir todavía que las enfermedades de la piel son una especialidad? No, señores; las dermatoses no son una especialidad; son una de las ramas principales del gran árbol de la patología, de la cual son absolutamente inseparables. En el estudio de la patología no es permitido desdeñarlas, como no es permitido al anatómico abandonar el estudio de las arterias, de las venas ó de los músculos. Son una de las partes más importantes de un *todo* y de un conjunto, sobre el cual arrojan su luz preciosa.

Vosotros las habeis visto, en efecto, reflejar en su fisonomía

los estados morbosos más diversos y más numerosos, y por otra parte habeis visto que es imposible establecer su diagnóstico, sin tocar al mismo tiempo á casi toda la patología.

Es necesario, pues, estudiar con cuidado las enfermedades de la piel; yo os ayudaré con todo mi poder y con todas mis fuerzas; y ved aquí cómo pienso dirigiros en mi enseñanza: Todos los lúnes recorreremos juntos las salas que me están confiadas; os haré ver ejemplos numerosos y variados de todas las dermatoses que os interese conocer más; yo os las presentaré en todos sus períodos y en todos los grados de su evolucion. Si me lo permitís, os dejaré algunas veces la palabra; os preguntaré, no solamente por si me habeis comprendido, sino para que juzgueis vosotros sobre tal ó cual caso. Despues os escogeré, entre las diferentes enfermedades que estén actualmente en mis salas, aquellas en las que encontremos las pruebas mejor delineadas y más notables, y en una leccion puramente familiar, me esforzaré en hacer una descripcion tan completa y tan práctica como me sea posible. De este modo, señores, es como se hace la verdadera clínica: ver enfermedades, ó si lo preferís, manifestaciones morbosas; observarlas atentamente, compararlas entre sí, formarse de ellas una idea justa y profunda, examinarlas, estudiarlas, tocarlas con el dedo, y de seguida, despues de esta observacion paciente y reflexiva, sacar las deducciones que desprendan los hechos, la experiencia y el razonamiento, relativamente á la etiología, á los síntomas, al diagnóstico y al tratamiento de estas enfermedades.

LECCION TERCERA.

Clasificacion de las enfermedades de la piel segun sus lesiones anatómicas.

Señores:

En las lecciones precedentes hemos estudiado las enfermedades de la piel bajo el punto de vista de su diagnóstico, y de las dificultades de que este diagnóstico está rodeado. Propóngome hoy exponeros la genealogía de las dermatosis; en otros términos: demostraros cómo estas afecciones resultan de cierto número de lesiones anatómicas, que necesitamos conocer sopena de perdernos en una confusion de que no podríamos salir. Los antiguos dermatólogos, tales como Willan, Bateman, Biett, Alibert, habían dado á estas lesiones anatómicas el nombre de *lesiones elementales*. Ahora bien; nosotros veremos todas las afecciones cutáneas salir por grupos de estas lesiones. Las veremos destacarse, como se ven las ramas de un árbol salir del tronco que las soporta. Vamos, pues, á echar una ojeada en conjunto de las enfermedades de la piel, considerándolas bajo el punto de vista de su genealogía.

Pero este estudio en conjunto se aplicará desde luégo á las lesiones primitivas, reunidas en un solo cuadro ante nuestra vista. Este nos mostrará al momento cómo cada una de aquellas lesiones puede sufrir modificaciones diversas en su forma, su manera de ser, su desarrollo y su duracion, para dar orígen á las diferentes afecciones que de ella emanan.

¿Cuáles son, pues, estas lesiones?

Son en número de ocho: 1.ª, *vexículas;* 2.ª, *ampollas;*

3.ª, *pústulas;* 4.ª, *pápulas*; 5.ª, *tubérculos;* 6.ª, *escamas;* 7.ª, *ulceraciones;* 8.ª, *coloraciones.* Agreguemos á éstas las *costras* y las *cicatrices*, que son la consecuencia de algunas de estas lesiones, y tendremos el tronco del árbol genealógico que vamos á estudiar en su tallo y en sus ramas.

LESIONES PRIMITIVAS Y MANERA COMO DAN LUGAR Á LA FORMACION DE LAS DIVERSAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.

1.ª *Vexícula.*—La vexícula consiste en una elevacion epidérmica poco considerable, del grosor de un grano de mijo al de una lenteja pequeña, formada por una serosidad más ó ménos transparente. Es *primitiva* ó *secundaria:—Primitiva*, si se presenta sobre una piel sana, como la vexícula de la sarna; *consecutiva*, si nace, por el contrario, en una superficie ya inflamada, como en el herpes, el eczema y la miliar.

La duracion de la vexícula es variable; puede ser de muchos dias, como la que se observa en la sarna y el herpes, ó bien pasajera, esencialmente transitoria y fugaz, como en el eczema. Se termina ya por la absorcion del líquido que contiene, ya, despues de su abertura, por la concrecion, bajo la forma de escamas ó de costras, de este líquido.

En el primer caso, curacion rápida; en el segundo, persistencia de la secrecion del líquido, formado de antemano en la vexícula, y que más tarde se forma á expensas de la ulceracion superficial, consecuencia de la rotura de la vexícula. Hay vexículas que no se abren, pero cuyo contenido se concreta formando costras que caen á su vez cuando la curacion es completa. Esto es lo que ocurre con la *varicela*. En el árbol dermatológico reconocen la vexícula por punto de partida cinco afecciones: 1.ª, el *eczema*; 2.ª, la *sarna;* 3.ª, el *herpes;* 4.ª, la *varicela*; 5.ª, la *miliar*. Despues de haber estudiado los caractéres principales de la vexícula, vamos á ver cómo, por las modificaciones que sufre, da orígen á las diferentes afecciones cutáneas de que es la lesion primitiva.

Si vemos, por ejemplo, sobre una superficie dérmica intacta aparecer vexículas aguzadas, pequeñas, aisladas, salientes, presentando un surco en su base, acompañándose de un prurito que aumente por las noches ó con el calor del lecho, con estos caractéres reconoceremos la vexícula de la sarna. Si, por el contrario, se elevan sobre un fondo eritematoso, si son confluentes, anchas, redondeadas, durables, reemplazadas por costras amarillas ó morenuzcas, entónces tendremos el herpes y sus diversas formas. Otras veces veremos vexículas pequeñas, aguzadas, confluentes, nacidas sobre una superficie eritematosa más ó ménos vasta, no presentando más que una duracion efímera y formando, despues de la desecacion de su contenido, costras laminosas que cubren ulceraciones superficiales que dan lugar á la misma secrecion: estos serán los caractéres del eczema. O bien las vexículas son pequeñas, redondeadas, del grosor de un grano de mijo, esparcidas sobre una superficie ancha y eritematosa, coincidiendo en su aparicion con algunos fenómenos generales: diremos entónces que se trata de la miliar, afeccion aguda. Por último, si las vexículas son anchas, aisladas, de base eritematosa, de una duracion de dos ó tres dias y reemplazadas por costras persistentes, entónces podremos decir que estamos en presencia de la varicela.

Ya veis, pues, señores, cómo la vexícula es la lesion primitiva de las cinco afecciones de que acabamos de pasar revista.

2.ª *Ampolla.*—Supongamos ensanchada la vexícula, agrandemos sus proporciones, démosla el tamaño de una lenteja ó el de una cereza pequeña, y tendremos la *ampolla*. Definiremos, pues, la ampolla: una elevacion epidérmica, de volúmen variable, siempre más considerable que el de la vexícula, formada por la secrecion en la superficie del dermis de un líquido seroso ó sero-pulento. Unas veces la ampolla, abriéndose, deja tras sí una ulceracion superficial cubierta de una costra delgada y foliácea que da lugar al caerse á una cicatriz apreciable; otras, por el contrario, el líquido encerrado en la ampolla se concreta formando costras gruesas, negras, persistentes, de

muy larga duracion, bajo las cuales existen ulceraciones profundas, que dejan tras de si cicatrices indelebles. En el primer caso, la ampolla constituye el *pénfigo;* en el segundo forma la *rupia*; estas son las dos afecciones que reconocen la ampolla como lesion primitiva.

3.ª *Pústu'a.*—Volvamos ahora á la descripcion de la vexícula, pero supongámos esta vexícula llena de pus y levantada sobre una superficie inflamada y tendremos la *pústula.* Diremos, pues, que la pústula es una elevacion epidérmica poco considerable, formada por pus. La duracion de la pústula es variable: ya se la ve abrirse y desaparecer al cabo de un tiempo muy corto, á veces de algunas horas solamente, como en el *impétigo;* ya se la ve durar muchos dias, como en el *ectima.* Igual variedad existe respecto á la forma y á la disposicion que las pústulas pueden afectar. Así es que se presentan pequeñas, aguzadas y confluentes en el *impétigo;* anchas, por el contrario, y discretas en el *ectima.* El pus que encierran se concreta formando costras de coloracion y persistencia variables, que dejan con frecuencia al desprenderse cicatrices indelebles, como en la viruela ó en el acné granuloso; miéntras que en otros casos, desaparecen sin dejar huella alguna de su evolucion. Tal es la historia de la pústula, estudiada en sus principales caractéres.

Veamos ahora cómo, por una serie de modificaciones impresas á su manera de ser, á su volúmen y á su duracion, la pústula va á dar orígen á las afecciones de que es la lesion primitiva.

Las afecciones cutáneas, en las que estudiaremos la pústula como lesion primitiva, son seis: la *viruela*, la *varioloides*, el *impétigo*, el *ectima*, el *acné pustuloso* y el *sicosis.*

Cuando la enfermedad se presenta en medio de un cortejo de fenómenos generales más ó ménos graves, tales como cefalalgia, fiebre, raquialgia, una erupcion caracterizada por pústulas más ó ménos confluentes, de vértice umbilicado, nacidas sobre elevaciones papulosas, que se abren en cierto momento

de su evolucion para dejar escapar un contenido purulento que formará costras negruzcas, en el lugar de las que se verán producirse muy frecuentemente cicatrices indelebles, reconoceremos entónces la *viruela*. Estos mismos caractéres se encontrarán en la *varioloides*, siempre con ménos gravedad en las manifestaciones generales y locales. Si las pústulas son aisladas, voluminosas, anchas en su base, rodeadas de un círculo inflamatorio, encerrando un pus grisáceo que se concreta dando lugar á la formacion de costras negruzcas, y emplean uno, dos ó tres dias en recorrer su evolucion, reconoceremos con estos caractéres el *ectima*. Si, por el contrario, son pequeñas, agudas, confluentes, de una duracion apénas apreciable, segun es de corta, si se han desarrollado en una superficie eritematosa y si presentan un contenido amarillento que no tarda en verterse formando costras tambien amarillentas, cuyo aspecto recuerda el de la miel; entónces diremos que el conjunto de estos caractéres constituye el género *impétigo*. Finalmente, si las pústulas emergen en el fondo eritematoso crónico de los barros, si afectan una forma crónica y se producen en el vértice de una induracion tuberculosa, reconoceremos con estos caractéres la *pústula acnéica*. Y, del mismo modo para las pústulas del sicosis, reconoceremos su verdadera naturaleza cuando las veamos atravesadas en su centro por un pelo, elevarse sobre tubérculos sicósicos ó de mentagra, ó bien formar una aglomeracion profunda y confluente dividida uaǝɹntos pequeños focos distintos, como folículos pilosos haya en el punto que ocupen.

4.ª *Pápula*.—Es una tumefaccion más ó ménos voluminosa de la capa superficial del dermis: tiene su asiento en el cuerpo papilar y se presenta ya bajo la forma discreta, ya bajo la confluente. La duracion de las pápulas es variable; indefinida en cualquiera clase de las afecciones crónicas desprovistas de carácter inflamatorio, puede ser mucho más corta, de ocho á quince dias, en las afecciones de marcha aguda. Cuando desaparecen dejan frecuentemente tras sí una mancha pigmenta-

ria del dermis, que puede tambien engrosar y endurecerse al nivel del lugar que ocupaban cuando su duracion ha sido larga. La piel reviste entónces una coloracion negruzca que le da el aspecto de la piel de un paquidermo. Las afecciones que reconocen la pápula por punto de partida son tres: el *strophulus*, el *liquen* y el *prurigo*. El *strophulus* es muy frecuentemente una enfermedad de la infancia. Las pápulas de éste son rosadas, salientes, elevadas en un fondo ligeramente eritematoso: van acompañadas de escozor y de comezon; en una palabra, presentan algo de inflamatorio que justifica la expresion popular de *fuego de los dientes* dada á esta enfermedad. Se observa á veces el strophulus en el adulto, especialmente en las mujeres en la época menstrual. Las pápulas del *liquen agudo* son aguzadas y confluentes; aparecen sobre una superficie inflamada y preferentemente en los puntos en que la piel es fina y húmeda, como en los pliegues articulares. Las del *liquen crónico* ofrecen los mismos caractéres exteriores, pero libres de todo elemento inflamatorio.

El *prurigo* afecta, por el contrario, las regiones donde la piel se distingue por su espesor y sequedad: las pápulas son aisladas, anchas de base; presentan en su vértice un pequeño coágulo negro, resultado de una extravasacion sanguínea provocada por haberse rascado el enfermo. Tales son los caractéres que presenta la pápula en las afecciones que acabamos de citar.

5.ª *Tubérculo.*—Llegamos al estudio del tubérculo, que no es otra cosa que la exageracion de la pápula, del mismo modo que la ampolla no es más que la vexícula exagerada. En lugar de esta hipertrofia parcial de la capa superficial del dermis, del volúmen de un grano de mijo, que constituye la pápula, vemos en el tubérculo un verdadero tumor pequeño implantado profundamente en el dermis, formando una eminencia más ó ménos considerable, de variable duracion, que se termina frecuentemente por ulceracion, desapareciendo otras veces por una especie de trabajo de intus-suscepcion que trae consigo la

absorcion de los elementos que le constituyen. El tubérculo deja en pos de sí, ya una cicatriz indeleble, ya por el contrario, la ausencia más completa de las huellas de su existencia.

Entre las afecciones en que se encuentra el tubérculo citaremos desde luégo la *mentagra* ó *sicosis*, enfermedad de los folículos pilosos, en la que, tubérculos más ó ménos confluentes, que presentan pus en su parte central, constituyen la lesion primitiva. Encontramos el tubérculo como manifestacion cutánea de cierto número de diatesis, como la *sífilis*, *escrófula* y *cáncer*. En la sífilis el tubérculo está desprovisto de epidermis, liso en su superficie y de un color característico que recuerda el de la carne asada ó del jamon crudo; en la escrófula ofrece una coloracion violácea particular, presenta una tendencia característica á la ulceracion, y afecta, por último, una fijeza de sitio como no sucede en la sífilis.

Los tubérculos del cáncer presentan caractéres muy distintos: son voluminosos, duros, petrosos, de superficie irregularmente saliente; se desarrollan sobre una piel indurada, y en su superficie se producen ulceraciones profundas, irregulares, icorosas y de bordes duros y cortantes.

6.ª *Escamas.*—Se designan bajo el nombre de escamas producciones epidérmicas que son el resultado de una enfermedad del dermis, el cual, no estando en su estado normal, produce una secrecion epidérmica viciosa. Las escamas varían en cuanto á su forma y su abundancia. Ya constituyen capas espesas, imbricadas sobre sí mismas; ya son pulverulentas y furfuráceas; ya, por último, son parecidas á una hoja delgada, á una tela de cebolla; se las llama entónces *foliáceas*. Otras veces tienen la consistencia y la punta del cuerno, por lo que se las dice *córneas*. Cualquiera que sea su manera de ser, siempre representan un epidermis enfermo. Tales son las verdaderas escamas, las que podemos llamar escamas primitivas. Empero, al lado de éstas, hay otras en las que encontramos á la vez el elemento sólido ó epidérmico y un elemento líquido concretado y retenido bajo la forma de costras en medio de la trama epi-

dérmica. Esta segunda especie de escamas es la consistencia de una secrecion húmeda; no es, pues, primitiva, esencial como la primera; por esto la llamaremos consecutiva ó secundaria. Cuatro afecciones diferentes reconocen la escama primitiva como lesion elemental: la *psoriasis*, la *pitiriasis*, la *herpétides esfoliatiz* y la *icthyose*. Encontramos la escama consecutiva ó secundaria como lesion característica de la forma del eczema llamado escamoso y del pénfigo despues de la abertura de sus ampollas.

7.ª *Ulceraciones.*—Tratemos ahora de las ulceraciones, de aquellas que ocupan únicamente el espesor de la piel. Las ulceraciones son soluciones de continuidad que interesan una parte más ó ménos extensa del espesor del dermis, y que no presentan tendencia á la cicatrizacion. Pueden ser de naturaleza *herpética*, y en tal caso son superficiales, nada profundas, sus bordes están cortados en bisel y no despegados; en fin, el trabajo de reparacion se hace sin dejar cicatriz. Tal es la ulceracion del herpes. Si se trata de la *sífilis*, veremos, por el contrario, una ulceracion profunda, claramente circunscrita, de bordes cortados á pico, con un fondo grisáceo; veremos, en fin, una cicatriz indeleble suceder al trabajo de reparacion. Por último, si los bordes están cortados y despegados, de manera que oculten un fondo más extenso que la superficie aparente de la úlcera, si la piel ofrece una coloracion violácea á su alrededor, y si una cicatriz deprimida é indeleble sucede á la ulceracion, reconoceremos en estos caractéres la escrófula. La ulceracion del cancroide nos la harán reconocer caractéres muy diversos. En este caso, los bordes de la úlcera son salientes, indurados, como cartilaginosos y vueltos hácia fuera.

8.ª *Coloraciones.*—Quédanos que estudiar la octava de las lesiones elementales que hemos admitido, esto es, las coloraciones. Estas son de muchas clases. Unas, de naturaleza congestiva, inflamatoria, de un color rosado ó violado más ó ménos vivo, son designadas con el nombre de *exantemas*. Otras se las llaman manchas *hemáticas*, porque son el resultado de

una extravasacion sanguínea. Otras, en fin, reconocen por causa una alteracion en la secrecion pigmentaria de la piel: estas son las coloraciones *pigmentarias*.

Los *exantemas* están caracterizados por un color rojo más ó ménos vivo, que desaparece á la presion del dedo, para reaparecer inmediatamente despues, y acompañados de una sensacion de calor, de escozor, de tension ó de quemadura. Su marcha es aguda, su duracion de dos dias á uno ó dos setenarios. Veremos, sin embargo, que en ciertos casos, y especialmente en una forma particular del acné, pueden persistir indefinidamente. Considerados bajo el punto de vista de la lesion primitiva, los *exantemas* dan lugar á nueve afecciones cutáneas: *roseola*, *sarampion*, *escarlatina*, *eritema*, *erisipela*, *urticaria*, *manchas lenticulares de la fiebre tifoidea*, *mancha barrosa del acné rosáceo y eritema de la escrófula*.

Así vemos aparecer sobre toda la superficie del cuerpo manchas rosadas, picadas en sus bordes, precedidas y acompañadas de fenómenos generales, de coriza, de lagrimeo; con estos signos reconoceremos el *sarampion*, de la que la roseola no es otra cosa que un grado ménos intenso.

Si el exantema se manifiesta bajo la forma de anchas manchas violáceas, precedido y acompañado de accidentes generales con localizacion constante hácia la faringe é istmo de las fauces, tendremos en este caso la *escarlatina*. Si, por el contrario, vemos producirse elevaciones rosadas, de rebordes salientes, de una duracion efímera, con un centro deprimido y blanquizco y una sensacion viva de prurito que cesa con la desaparicion brusca de estas elevaciones para reaparecer con ellas, reconoceremos entónces el exantema de la *urticaria*. El *eritema* se desarrollará sobre superficies más ó ménos extensas, bajo la forma de manchas rosáceas que afectan los más diversos aspectos, y ordinariamente sin trastornos generales bien pronunciados. Por último, el exantema constituirá la erisipela si, despues de haber sido constantemente precedido de accidentes generales, más ó ménos graves, se presenta en forma de

placas violáceas claramente limitadas por sus bordes, y cuya circunferencia es festoneada y forma una eminencia apreciable al tacto.

En la segunda variedad, las coloraciones de la piel resultan, segun dijimos, de una extravasacion sanguínea: tal es la púrpura con sus manchas violáceas, que no desaparecen á la presion del dedo.

En cuanto á las coloraciones que resultan de una hipersecrecion del pigmento cutáneo, éstas constituyen el *lentigo* y las *manchas pigmentarias.*

Hemos terminado, señores, el estudio de las lesiones primitivas y de las afecciones á que éstas dan lugar: ahora voy á hablaros de las costras y de las cicatrices que resultan en los más de los casos de la existencia de estas lesiones, y que nos ofrecen tambien los más preciosos caractéres bajo el punto de vista del diagnóstico.

Costra.—Está formada por la concrecion de un líquido seroso, purulento ó sanioso, que la da diversas coloraciones. Encontramos las costras en el herpes, en la sífilis y en la escrófula. En el herpes tienen una coloracion y un espesor variables: así que son amarillas, gruesas en el impétigo; secas y negruzcas en el ectima; húmedas, delgadas y laminosas en el eczema. Las afecciones herpéticas, pues, no ofrecen en sus costras caractéres particulares con ayuda de los que se pueda conocer su naturaleza, pues que no son uniformes.

No sucede lo mismo en la sífilis y en la escrófula; estas dos diatesis imprimen á las costras, á que dan lugar, una uniformidad de aspecto invariable. Así la costra de la sífilis es de un verde oscuro, análogo al bronce florentino; es seca, dura, gruesa, muy saliente; á veces puntiaguada y largo tiempo persistente. En la escrófula, las costras son ménos gruesas, ménos duras, achatadas, formadas de capas alternas, grises y negras, que afectan una disposicion laminar y estratificada.

Cicatrices.—Entre las diatesis, cuya influencia se hace sentir tan á menudo en la evolucion de las enfermedades cutáneas,

no existe más que el herpetismo que no deje nunca cicatrices. Las ulceraciones de naturaleza herpética curan sin dejar huellas. La sífilis y la escrófula poseen, por el contrario, el triste privilegio de producir cicatrices, que quedan como el imborrable sello de la diatesis que las ha engendrado, y cuyos caractéres son tales, que nos permiten hacer con certeza el diagnóstico retrospectivo y póstumo de la lesion de que aquellas son el indeleble vestigio. Si se trata de una cicatriz de orígen sifilítico, entónces la piel está adelgazada, lisa, blanquizca, estampada como la cicatriz de la vacuna, sin adherencias con las partes profundas; si se trata, por el contrario, de la escrófula, la cicatriz está plegada, rugosa, reticulada, ofreciendo una serie de eminencias y depresiones, y ademas se adhiere á los tejidos subyacentes, con los que forma cuerpo, y de los que no puede ser separada.

Tales son los caractéres invariables de las cicatrices. ¿Veis, señores, cuán indispensable os es el conocer estos caractéres? En efecto, ¿no es, segun el aspecto, la forma, el color y la extension de una cicatriz ó de una costra, únicos vestigios existentes de accidentes diatésicos curados, con los que estareis obligados de hacer muchas veces vuestro diagnóstico? Encontrareis en vuestra vida social, del mismo modo que en vuestra vida médica, casos en los cuales tengais que tomar resoluciones muy importantes, segun el único juicio que hayais formado sobre el carácter de una cicatriz ó de una costra. Penetraos, pues, señores, de la necesidad que teneis de conocer estos caractéres, cuya nocion exacta os permitirá fallar con certeza en los casos difíciles, y prestar tambien á vuestros enfermos los más preciosos servicios.

LECCION CUARTA.

Clasificacion de las enfermedades de la piel segun sus caractéres de secrecion ó de no secrecion.

Señores:

En la última conferencia os he colocado al pié, ó si quereis mejor, os he puesto en presencia del árbol genealógico de toda la dermatologia. Os he hecho ver, cómo de ocho lesiones anatómicas, salen todas las enfermedades de la piel, y cómo las modificaciones que experimentan estas lesiones en su manera de ser, en su aspecto, en su desarrollo y en su duracion, producen otros tantos géneros diferentes; es decir, otras tantas afecciones diversas, teniendo todas sus caractéres propios y distintivos, y sin embargo, refiriéndose todas, al ménos las que componen el mismo grupo, á la misma lesion madre ó primitiva; del mismo modo que vemos en un árbol las ramas más diferentes por su extension, por su direccion y por su volúmen, partir todas del mismo tronco comun. Quiero hoy colocaros tambien en presencia de igual semejanza de las enfermedades de la piel, reunidas en un solo cuadro á vuestros ojos. No será para hacéroslas apreciar bajo el punto de vista de su genealogía, y para haceros comprender cómo, á pesar de todas sus divergencias, se ligan, sin embargo, á ciertos puntos comunes de orígen, sino para haceros apreciar uno de sus caractéres más notable, y para llamar sobre este carácter toda vuestra atencion.

Cuando se consideran con un golpe de vista somero y general las afecciones de la piel, se nota desde luégo este gran hecho, á saber: que las unas no son asiento de trabajo alguno

de secrecion; que nada producen, y que quedan todo el tiempo de su evolucion al estado de terrenos infecundos y estériles, al paso que otras, por el contrario, presentan una vitalidad exuberante, que se traduce por fenómenos de secrecion, cuyo resultado es una modificacion más ó ménos rápida de sus caractéres primitivos. Este carácter de secrecion y no secrecion, es seguramente bastante considerable para permitirnos dividir las enfermedades de la piel en dos grandes categorías. La primera, comprenderá todas las enfermedades no secretorias; la segunda, todas las que dan lugar á una secrecion.

A. *Enfermedades no secretorias.* — En las enfermedades no secretorias encontramos, desde luégo, aquellas cuyas coloraciones anormales forman la lesion primitiva. Estas coloraciones son de tres órdenes: las unas, de naturaleza *congestiva é inflamatoria*, han recibido el nombre de *exantemas*, y presentan una marcha más ó ménos aguda. Tales son: la roseola, eritema, sarampion, erisipela y urticaria. Las otras son el resultado de una produccion anormal del pigmento cutáneo. Estas son las manchas *pigmentarias*, entre las que citaremos las que son debidas á la sífilis, á la accion prolongada del sol, ó, en fin, á una influencia desconocida en su naturaleza, tal como la causa del vitiligo ó del léntigo. En la tercera clase se colocan las *manchas hemáticas;* es decir, las que resultan de la salida de la sangre de los vasos: tales son las manchas de la púrpura y del escorbuto.

Entre las enfermedades no secretorias se colocan tambien todas aquellas cuya lesion elemental es una *pápula*. El tipo de estas afecciones es el prurigo, cuyas pápulas no producen secrecion alguna. Las pequeñas manchas negras que se encuentran á veces en su vértice no son otra cosa que la apariencia de una secrecion; en realidad están constituidas por pequeños coágulos sanguíneos, resultado mecánico de rascarse el enfermo. Sucede lo propio con el liquen, otra afeccion papulosa. Si algunas veces se observa en las superficies ocupadas por el liquen una verdadera secrecion, es porque en este caso las pá-

pulas de éste están formadas de vexículas de eczema, cuya evolucion modifica los caractéres de la lesion primera, dando lugar á un *eczema liquenoide*, especie de afeccion mixta, nacida de la fusion de dos afecciones diferentes. Tal es, en su cuadro restringido, el grupo de las enfermedades cutáneas *no secretorias*.

B. *Enfermedades secretorias.*—Cuando examinamos el grupo de las afecciones secretorias, el más importante, sin disputa, por el número y variedad de las afecciones que le constituyen, nos hallamos al momento impresionados de un gran hecho, y es que el producto de secrecion es ya seco ó ya húmedo. Así, pues, hay afecciones que dan lugar á una materia segregada, siempre la misma, aunque variable en sus caractéres exteriores, pero siempre *seca*.

Otras afecciones, por el contrario, son asiento de una secrecion variable, tanto en sus caractéres exteriores como en su naturaleza, pero siempre *húmeda*. El hecho de esta diferencia se marca en los productos de secrecion, y es seguramente bastante importante para motivar la division de las afecciones que segregan, en dos clases perfectamente distintas. La una comprenderá todas las enfermedades de secrecion *seca*, la otra todas las que dan lugar á una secrecion *húmeda*.

Las afecciones de secrecion seca tienen por lesion elemental la escama. En otros términos, su carácter fijo é invariable es la presencia de un epidermis enfermo. Ya este epidermis de lugar á escamas delgadas, furfuráceas, análogas á las del polvo de salvado; ya forme escamas consistentes, espesas, rugosas, córneas, sobrepuestas las unas á las otras, muy adherentes entre sí, como el dermis que las produce. El psoriasis, con sus escamas brillantes, espesas, laminosas, adherentes, nos ofrece el tipo de las afecciones de secrecion seca. Pero, en definitiva, cualquiera que sea el espesor y la adherencia de las escamas, es siempre el epidermis, anormalmente segregado, el que las constituye como lesion *primitiva*.

Bien diferente es la secrecion húmeda, mucho más variadas

son las lesiones elementales á que se une y que modifica sus caractéres exteriores, segun que se trate de una vexícula, de una pústula ó de una ampolla.

En el primer caso, esta secrecion consiste en una serosidad cetrina ó en un líquido sero-gomoso. En el segundo, la secrecion está formada por un líquido purulento, mezclado ó no á cierta cantidad de sangre. En la ampolla, en fin, el líquido es seroso ó sero-purulento.

La *vexícula* es la lesion elemental de la varicela, de la sarna, del eczema, del herpes y de la miliar; la *ampolla* lo es de la rupia y del pénfigo; la *pústula* del ectima, del impétigo, de las viruelas, del sycosis y del acné. En cada una de estas afecciones el producto segregado ofrece caractéres particulares de consistencia, de coloracion y de su manera de ser, pero presenta tambien un carácter uniforme é invariable; este es, su consistencia húmeda.

Hé aquí, pues, nuestra clasificacion de las enfermedades de la piel, fundada en dos razones incontestables. La ausencia ó la existencia de secreciones, constituye efectivamente un hecho esencialmente considerable en sí mismo, que basta á legitimar la primera gran division que hemos admitido. En este gran hecho de secreciones secas y de secreciones húmedas es sobre el cual hemos establecido nuestra subdivision de las afecciones de la piel secretorias en enfermedades secretorias *secas* y en enfermedades secretorias *húmedas*. Esta subdivision, tan natural y tan marcada, está tambien confirmada por un conjunto de caractéres comunes y especiales á las afecciones que componen cada uno de los dos grupos. Tan es así, que las afecciones de secrecion seca presentan una predileccion particular por las regiones donde la piel está seca y espesa, medianamente provista de órganos de secrecion. En estas regiones, como en el codo, rodilla, al lado de la extension de los miembros se podrá, por ejemplo, buscar desde luégo las escamas del psoriasis, afeccion seca por excelencia.

Las enfermedades de secrecion húmeda se desarrollan, por

el contrario, de preferencia donde la piel es fina, húmeda y ricamente provista de glándulas. Tal es, en efecto, donde encontramos muy frecuentemente el eczema, el herpes, la miliar.

Las afecciones húmedas tienen todas una marcha más ó ménos aguda; presentan algo de inflamatorias en su evolucion; poseen un carácter flegmásico fácil de reconocer en la viruela, varicela, impétigo, miliar y en el ectima. Otro tanto sucede en el eczema, en el que á pesar de su larga duracion, puede reconocerse el elemento inflamatorio, manifestándose por brotes ó exacerbaciones sucesivas, que renuevan á cada instante su agudeza inicial. Esta agudeza, en la forma, constituye, pues, uno de los caractéres del grupo que estudiamos; se manifiestan, no solamente por accidentes locales, si que tambien por fenómenos generales y una reaccion febril intensa en la viruela, la varioloides y la miliar, apreciable igualmente en el eczema agudo y áun en el impétigo, como acontece harto frecuentemente en individuos de temperamento impresionable y nervioso. ¡Qué diferencia de las afecciones de secrecion seca, afecciones tórpidas, indolentes, silenciosas y que no ocasionan trastornos generales en el organismo!

Se encuentra aquí, pues, este carácter de agudeza, esta especie de exuberancia vital, que ha hecho dar, por los antiguos, á las afecciones húmedas el nombre de *herpes vivos*.

Las secas, son los *herpes muertos*, expresion que revela claramente la ausencia de todo fenómeno subjetivo. No manifiestan su presencia ni por fiebre, ni por dolor, salvo casos excepcionales. En una palabra, estas son las afecciones indolentes por excelencia y sin potencia alguna para despertar reacciones en el organismo.

¿Qué más indolente, por ejemplo, que el psoriasis, afeccion que puede durar toda la vida, sin ocasionar un solo instante de sufrimiento y de molestia? Hé aquí, pues, bajo el punto de vista de su sitio y de su marcha una diferencia claramente marcada entre las enfermedades de secrecion húmeda y las enfermedades de secrecion seca.

Debemos añadir, sin embargo, que, si bien esta subdivision es natural, no está puesta al abrigo de la crítica. Recordemos, por ejemplo, que hemos colocado entre las enfermedades no secretorias la erisipela, afeccion que en una de sus formas, la forma ampollosa ó flictenoides, merece ser colocada en la clase de las dermatosis húmedas. De la misma manera, si bien hemos colocado al eczema entre las afecciones secretorias húmedas, no nos hemos olvidado que una de sus variedades, la variedad llamada *eczema seco*, presenta los caractéres exteriores de las afecciones de secrecion seca. Aquí hay desde luégo una contradiccion con los principios que hemos admitido; pero haremos observar que se trata de excepciones incapaces de destruir la regla general.

Abordemos ahora otra parte de nuestro cuadro. Despues de haber estudiado en nuestras primeras lecciones los elementos del diagnóstico y las dificultades que presenta, despues de haber examinado las lesiones primitivas, cuya evolucion constituyen las enfermedades cutáneas, hemos llegado á la division introducida en las referidas enfermedades. Así, pues, colocándonos en un punto de vista general, considerándolas en su conjunto, podremos unir las diferencias principales que la separan y sentar así las bases de una legítima clasificacion. A semejanza del viajero, que á su llegada á una ciudad desconocida, comienza por colocarse en un punto elevado para formarse una idea general de la poblacion y hacerse cargo de los rasgos principales de su distribucion topográfica, hemos querido tambien tomar una vista del conjunto de las afecciones cutáneas, para formarnos una idea de sus caractéres generales.

Hemos reconocido igualmente la existencia de los dos primeros grupos bien distintos, el uno caracterizado por la falta de secrecion, por la esterilidad de la lesion primitiva, si así puede decirse; el otro, por el contrario, caracterizado por la existencia constante de una secrecion.

Hemos visto despues que esta secrecion se presenta invariablemente bajo una de las dos formas siguientes: bajo la forma

seca, ó bajo la forma *húmeda*. La manifestacion de este hecho nos ha servido de base para la subdivision siguiente: por un lado enfermedades de secrecion seca; por otro enfermedades de secrecion húmeda.

Examinando las afecciones secretorias hemos visto que una de ellas, el *psoriasis*, reune mejor que ninguna otra todos los atributos propios de la secrecion seca; y que el *eczema* presenta de una manera más completa que todas las afecciones del mismo grupo los caractéres de las enfermedades húmedas. El psoriasis y el eczema aparecen, pues, como la personificacion y como tipo de los dos grupos de las enfermedades secretorias á que pertenecen. Estas son las dermatosis que hemos de estudiar ahora, empezando por la historia de la afeccion seca por excelencia: el *psoriasis*.

Ahora bien, gracias al método que hemos seguido, ántes de entrar en el estudio individual de cada una de las enfermedades de la piel, conocemos así todas en su vasto y magnífico conjunto.

Sabemos á qué orígen se refieren, cuáles son sus rasgos de semejanza y disparidad, qué relaciones existen entre ellas, cuáles son sus puntos de contacto; y cuando despues de entregados á este estudio general, cuando de las alturas de la síntesis, descendamos á los detalles del análisis para abordar el psiorasis, seremos impresionados del siguiente hecho: que esta afeccion, no es para nosotros desconocida. Hemos aprendido desde luégo que forma parte de la gran division de las enfermedades que segregan, pues que debemos colocarla en la subdivision de las enfermedades de secrecion seca, de la que es el tipo y la expresion más caracterizada.

LECCION QUINTA.

Psoriasis.

Señores:

De la palabra griega ψώρα, que significa herpes, escama, costra, se ha formado la palabra *psoriasis*, y designa una de las afecciones más interesante de toda la dermatología. Bateman, Willan, Rayer, habían dado á esta afeccion el nombre de *herpes furfuráceo* y de *lepra vulgaris*. En una de sus formas más notables, Alibert le llamó *herpes furfurens*. Nosotros le conservaremos el nombre de *psoriasis*.

El psoriasis es no solamente la más frecuente de las enfermedades de la piel de forma seca, sino tambien su personificacion más completa, y bajo estos títulos, como en razon de su evolucion, de su gravedad, de los errores que á veces engendra, graves para los enfermos, y las consecuencias harto frecuentemente funestas, es interesante estudiarla. Vamos, pues, á examinar sucesivamente cada una de las fases del psoriasis; vamos á considerar todos sus aspectos, á fin de formar una idea completa y digna del rango que ocupa en la dermatología.

Hoy consideraremos el psoriasis: 1.° bajo el punto de vista de las lesiones anatómicas que la constituyen; 2.° relativamente á sus síntomas, á su evolucion y á su duracion; 3.° en su relacion con el diagnóstico. Cuando le hayamos considerado bajo estas diferentes fases, habremos adquirido una idea que espero sea suficientemente clara para vuestra inteligencia.

A. LESIONES ANATÓMICAS.

El psoriasis está caracterizado anatómicamente por la coexis-

tencia de tres lesiones, que son las *escamas*, la *elevacion* y la *coloracion* del dermis.

1.ª *Escamas.* Las escamas psoriásicas son costras secas, espesas, numerosas, dispuestas en capas laminosas y estratificadas, muy adherentes unas á otras y al dérmis que cubren. Su coloracion no es siempre la misma, varía del blanco sucio y mate, al blanco plateado, brillante y como metálico.

2.ª *Elevacion del dermis.* Esta elevacion es variable en su extension, en su forma y en su altura, apreciable á la vista y al tacto que produce en la superficie del dermis. Está constituida por un espesamiento hipertrófico de esta membrana, por una induracion localizada que se cubre de escamas. Existe por una parte una relacion de causa á efecto entre las escamas, y por otra, entre las pápulas dérmicas que las producen.

3.ª *Coloracion.* La coloracion constituye el tercer carácter del psoriasis; es rojo oscuro, tirando á moreno; recuerda el color del jamon crudo ó de la carne muscular, al que tiene un parecido evidente, con frecuencia fácil de confundir con el color de ciertas manifestaciones cutáneas de la sífilis. Oculto bajo el espesor de las escamas, el color rojo moreno del psoriasis aparece cuando éstas se han levantado. Acontece muy frecuentemente que traspasa la circunferencia, formando alrededor una bella coloracion rojiza oscura. Cuando estas tres lesiones *escama*, *elevacion*, *coloracion* del dermis, están reunidas, la triade anatómica que caracteriza el psoriasis está constituida.

B. DESARROLLO DEL PSORIASIS.

Estudiemos ahora el modo de desarrollarse y la marcha de esta afeccion. El psoriasis es el herpes muerto por excelencia, como hemos dicho al dar principio á esta leccion. El psoriasis merece, en efecto, esta calificacion por su marcha silenciosa y por la duracion, en cierta manera indefinida, de su evolucion. En su principio es insidioso; apénas se anuncia por algunas comezones, cuya persistencia es con bas-

tante frecuencia el único síntoma molesto que viene á revelar al enfermo la marcha y los progresos de su afeccion. En cuanto á su duracion, es, por decirlo así, sin límites; dura años enteros, y á veces toda la vida del hombre; empieza en la cuna para acompañarle hasta la tumba. Digamos, por tanto, que esta indolencia y esta lentitud en su marcha, no se encuentra siempre en el psoriasis. Hay, en efecto, casos en los cuales el sitio que ocupa, la extension de sus lesiones, la molestia que produce al ejercicio de las funciones fisiológicas, las recaidas que presenta, pueden hacerle el punto de partida de accidentes muy graves y muy comprometidos para la vida del enfermo. Así, pues, cuando se abandona á sí mismo, cuando su marcha no se detiene por intervencion alguna terapéutica, cuando puede desarrollarse en una vasta extension y acaba por extenderse en el cuerpo como una verdadera coraza, las funciones de la piel son entónces interrumpidas ó suprimidas y el enfermo puede caer en ese estado de languidez y abatimiento de fuerzas que se ha designado con el nombre de *caquexia herpética*. En otros casos, el psoriasis llega á ser el punto de partida de repercusiones viscerales, de las que la *tuberculosa* y el *cáncer* representan sus más frecuentes manifestaciones. M. Bazin ha insistido con razon sobre estos diversos modos de evolucion del psoriasis, demostrando las transformaciones que puede sufrir en el seno de la economía, y cuya primera causa reside en el obstáculo más ó ménos completo acarreado en las funciones de la piel. Otra de sus terminaciones es tambien su degeneracion en herpétides maligna esfoliativa. Cualquiera que sea la marcha de esta afeccion, podremos decir que su duracion es siempre larga, áun con la intervencion de un tratamiento racional. Nos es muy necesario conocer esta lentitud de las evoluciones psoriásicas para no exponernos con respecto al pronóstico, á decepciones y errores. Diremos tambien que cuando sobreviene la curacion, no es de ordinario más que aparente y temporal, y que los enfermos salen de nuestras manos aliviados, pero no desembarazados de una

afeccion, la que están condenados á ver reaparecer en un dia, más ó ménos lejano.

Períodos del psoriasis. La marcha del psoriasis presenta tres períodos que estudiar: 1.°, de *invasion*; 2.°, de *estado*; 3.°, de *declinacion*.

Período de invasion.—El período de invasion es difícil de describir. El psoriasis aparece silenciosamente y no manifiesta su presencia al principio por trastorno alguno funcional susceptible de revelar su existencia. Aparece desde luégo una pequeña mancha rosácea, más ó ménos redonda, fácil de confundirse con una placa de eritema, ó con una sifílide; al cabo de cierto tiempo esta mancha modifica sus caractéres y llega á ser el asiento de una elevacion dérmica que forma una verdadera pápula.

Período de estado.—Constituida, como hemos dicho, la pápula, se agranda poco á poco hasta que ha adquirido los límites que no debe traspasar. Este es el momento en que se cubre de escamas. El *psoriasis* está entónces constituido por los tres elementos anatómicos que forman su *período de estado*: en una palabra, es completo.

Período de declinacion.—Cuando un tratamiento conveniente interviene, da por resultado el hacer desaparecer el *período de declinacion*. En este período se observan las modificaciones siguientes: las escamas llegan á ser ménos espesas, pierden su coloracion blanca y nacarada y concluyen por desaparecer de la superficie de las pápulas, que se desprenden dejando, como últimos vestigios de la afeccion, las manchas rojizas que aquéllas cubren. Como se ve las lesiones anatómicas desaparecen en un órden inverso del de su aparicion. El enfermo que ocupa el núm. 30 de la sala de San Cárlos, nos ofrece un ejemplo evidente de esta sucesion en los fenómenos de la evolucion regular del psoriasis. La afeccion de que está atacado es un *psoriasis difuso* ya modificado por el tratamiento; veis que en una multitud de puntos las escamas han desaparecido, apénas si al nivel del sitio que ocupan podeis

sentir aún la elevacion del dérmis, que no ofrece á vuestros ojos otra particularidad que la coloracion rojiza oscura característica. Tal es la marcha de las lesiones cutáneas en el psoriasis.

Variedades de formas del psoriasis. Vamos á examinar ahora uno de los puntos más importantes de la historia del psoriasis; á saber, las diferentes formas que reviste y bajo las cuales se nos presenta. Estas formas son numerosas y variadas; es necesario distinguir lo ménos doce.

Vemos, en primer lugar, el psoriasis *punctata*, representado por una pequeña mancha rojo-oscura y ligeramente papulosa, cuya superficie está cubierta de una escama delgada y blanquecina. Ensanchemos estas manchas dándolas una forma redondeada y cubriéndola de una escama blanca, un poco más espesa y tendremos la forma *guttata*, que debe su nombre á la semejanza que tiene con una gota de cera caida de una bugía. La forma *nummular* es la exageracion de la forma guttata. Presenta una circunferencia muy redondeada que la da el aspecto de una moneda. El psoriasis *diffuso* está caracterizado por anchas placas irregulares en sus contornos y diseminadas sin órden aparente. Cuando se extiende á toda la superficie del cuerpo, cuando se desarrolla envolviéndole completamente como una especie de coraza, constituye entónces el psoriasis *inveterata*, una de las formas más difíciles de curar. En la forma *circinata*, designada sin razon con el nombre de *lepra vulgar*, no existen más que figuras irregulares, más bien círculos, mas ó ménos grandes, en medio de los cuales están encerrados espacios circulares de piel sana. Existe en nuestro Museo un buen ejemplar de esta forma. Esta configuracion, tan regularmente geométrica, no se encuentra en el psoriasis *gyrata* caracterizado, por el contrario, por grandes líneas sinuosas que irradian alrededor de su punto de partida. Todas estas formas no son, pues, otra cosa que variedades en el aspecto exterior, en la configuracion y en la extension de las lesiones psoriásicas. Vense otras en las que la variedad depende de la inge-

rencia de una afeccion de tipo diferente. Así, pues, el *psoriasis eczematoso* está constituido por escamas ménos secas, ménos brillantes que las del psoriasis ordinario y que se destacan de un fondo cuya humedad recuerda la del eczema. De la misma manera el psoriasis es *icthyósico* ó *pitiriasiforme*, cuando por su tenuidad y su falta de adherencia las unas á las otras, sus escamas recuerdan las del pitiriasis ó las del icthyose. M. Bazin ha descrito, con el nombre de psoriasis *escarlatiniforme*, una variedad del psoriasis caracterizado por escamas anchas, fáciles de desprender, representando un fondo manifiestamente rojo y desarrollándose de preferencia en la cara anterior del tronco y particularmente en las partes genitales. Acontece, en fin, que hasta por la coloracion de las escamas hay que distinguir dos formas designadas con los nombres de psoriasis *yesoso* y de psoriasis *nacarado* ó plateado, segun que las escamas presenten el tinte mate y empañado del *yeso*, ó bien por el contrario, la coloracion brillante del nácar y el reflejo metálico de la plata.

C. DIAGNÓSTICO DEL PSORIASIS.

Tales son, señores, las diferencias de aspecto ó de formas bajo las cuales podemos observar el psoriasis. Lleguemos ahora á la cuestion del diagnóstico. Cuando el psoriasis se encuentra en su *período de estado*, es decir, cuando se nos presenta provisto de sus tres caractéres anatómicos, escama epidérmica, elevacion y coloracion del dérmis, no hay dificultad en reconocerlo; ninguna otra afeccion nos dará, en efecto, escamas tan espesas, tan blancas, tan secas, tan adherentes, cubriendo como una concha porciones de la piel hipertrofiadas, visiblemente espesas, coloreadas de un tinte rojo-moreno y claramente distintas de las porciones de la piel que han quedado sanas. La dificultad del diagnóstico aparece cuando el psoriasis, bien por efecto del tiempo, bien por efecto de un tratamiento anterior, se nos presenta incompleto, desprovisto, por ejemplo, de las es-

camas que constituyen su carácter patognomónico por excelencia. Suponed el psoriasis en sus formas *guttata* y *circinata*, ya desprovistas de sus escamas; os encontrareis entónces con pápulas y con segmentos de círculo que tendrán la más completa semejanza, ya con las pápulas de la sifílide papulosa, ya con las lesiones de la sifílide circinada no ulcerosa. En uno y en otro caso, encontrareis la misma disposicion, la misma forma, la misma coloracion, la misma indolencia, la misma ausencia de fenómenos generales y casi la misma cronicidad. En estos casos, tan frecuentes en la práctica, el diagnóstico está rodeado de muy grandes dificultades, á veces insuperables; el efecto de un tratamiento antiespecífico puede sólo entónces disipar todas las dudas. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

No obstante una atenta observacion, unida á una investigacion concienzuda de los conmemorativos, podrá ponernos en guardia contra un error que sería perjudicial á los intereses del enfermo. Así, por ejemplo, la presencia de escamas adherentes en el centro de la pápula, que se caen por fragmentos bajo la accion de rascarse el enfermo, os hará reconocer el psoriasis. Recordad, en efecto, que la escama de la sífilis es, por lo comun, *unifoliácea*, que se desprende del centro de la pápula á la base, en la que la hoja epidérmica forma como una especie de abertura pupilar ó como una *gargantilla*, segun la pintoresca expresion de Biett.

Os fijareis en las regiones ganglionares, y si éstas no tienen puntos tumefactos, tendreis la suerte de no haber encontrado la sífilis. Reconocereis con el más minucioso cuidado los sitios de eleccion del psoriasis, los codos, las rodillas, las caras de los miembros opuestas á la flexion, y allí encontrareis quizás algunas lesiones manifiestamente psoriásicas, sobre las cuales asegurareis vuestro diagnóstico. Interrogareis al enfermo, y si os dice que ya en otra época ha sido atacado de una erupcion semejante, alejareis la idea de la sífilis.

La sífilis, en efecto, es esencialmente variable en sus mani-

festaciones sucesivas, se reproducen rara vez en la misma forma, mientras que, por el contrario, el herpetismo y, por consiguiente, el psoriasis, tiene por carácter la uniformidad y la fijeza de sus lesiones.

Hemos dicho varias veces que, en presencia del psoriasis *completo*, es decir, provisto de los tres elementos anatómicos que le caracterizan, no debeis jamás encontraros embarazados para establecer vuestro diagnóstico. Entónces la presencia de escamas espesas, adherentes, estratificadas, de un blanco metálico, situadas en un dérmis saliente, espeso y coloreado de un tinte rojo subido, basta para determinar exactamente el diagnóstico. Y, sin embargo, entre las afecciones de secrecion seca hay una grave entre todas que toma alguno de los caractéres del psoriasis; hablamos de la *herpétide maligna esfoliatriz*, enfermedad singular y afortunadamente poco comun, de la que tenemos en esta ocasion un bello ejemplar en la sala de Enrique IV. Los elementos del diagnóstico diferencial descansan aquí en la naturaleza de las escamas, que no ofrecen en la herpétide esfoliatriz el espesor, la adherencia, el color brillante y la localizacion en ciertos puntos de eleccion del psoriasis, sino que son, por el contrario, delgadas foliáceas, tan poco adherentes, que se desprenden incesantemente como la corteza de un álamo, reproduciéndose sin cesar, y que además están más generalizadas desde su orígen en toda la extension de la superficie cutánea. Descansa tambien en la existencia de un estado general grave, en la herpétide maligna esfoliatriz, en trastornos funcionales numerosos y profundos y en la ausencia de estas mismas complicaciones en el psoriasis. Hay que notar que el psoriasis *inveterata*, esa forma tan grave por su generalizacion y su tenacidad y por las repercusiones viscerales que trae consigo, puede hacer dudar un instante el diagnóstico; pero el estudio atento de los conmemorativos y de la marcha de la afeccion bastará para disipar toda duda. Citemos tambien, entre las afecciones que pueden por un instante ser confundidas con el psoriasis, la *pitiriasis*, enfermedad tan

frecuente y que presenta escamas tan delgadas, tenues, de un blanco mate, separándose, como el *polvo del salvado*, de una superficie dérmica ordinariamente rojiza, y poco ó nada hipertrofiada. Citemos igualmente la icthyose, cuyas escamas, formadas á veces de un epidérmis espeso y de consistencia córnea, descansan sobre una piel gruesa é indurada. Pero la *icthyose* es una lesion *congénita*, constituye una deformidad más que una enfermedad; además está casi siempre más generalizada y no presenta los sitios de eleccion del psoriasis. Citemos, por último, el eczema, no en su forma *aguda*, sino en su forma *crónica*, caracterizado por una formacion escamosa más ó ménos seca. Recordemos que el eczema empieza por vexículas, á las cuales suceden úlceras que segregan un líquido cuya concrecion da lugar á las escamas y á las costras; que estas escamas son delgadas, unifoliáceas, opacas, húmedas, poco adherentes y que cubren una superficie dérmica roja, pero desprovista de ese espesor tan marcado y manifiesto en el psoriasis. Añadamos, en fin, como último carácter distintivo, que la piel está profundamente modificada en su aspecto, su espesor, su resistencia y su estructura al nivel de las regiones atacadas de eczema *crónico*, en tanto que nada parecido se observa en el psoriasis, á pesar de su duracion á veces tan larga.

LECCION SEXTA.

Psoriasis.

(Continuacion.)

Señores:

En la última conferencia hemos dado principio al estudio del psoriasis. Hemos tratado de presentar esta afeccion de la manera más clara y más fácil de comprender, examinando sucesivamente las diversas formas bajo las cuales puede presentarse á nuestra vista. Hemos demostrado que á pesar de la diversidad de aspectos que puede revestir, es siempre en el fondo semejante á sí misma, y que se reconoce en ella la coexistencia constante de tres lesiones anatómicas, que son la escama, la elevacion y la coloracion del dérmis. Pues bien, señores; esta forma exterior es el vestido del psoriasis, es la capa que cubre las lesiones cutáneas que forman su verdadero carácter. Bien que parezca, por ejemplo, una gota de cera (forma *guttata*) ó una moneda (psoriasis *nummular*); bien no aparezca sino en un punto ó en varios de la superficie cutánea (psoriasis *punctata*), ó bien que sus placas numerosas, anchas, salientes, de contornos irregulares, se desprendan de las partes sanas como esos grupos de islotes que el mapa-mundi nos muestra saliendo de en medio de los mares (psoriasis *diffuso*); ya figure líneas más ó ménos sinuosas (psoriasis *gyrata*,) ó ya que rodee entre sus aureolas placas de piel sana (psoriasis *circinata*); bien que su blancura sea á veces brillante como el nácar (psoriasis *nacarado*), ó mate como la de la arcilla (psoriasis *yesoso*); siempre es en el fondo la misma afeccion.

Despues de haber examinado las diversas manifestaciones

exteriores, bajo las cuales se nos presenta el psoriasis, hemos estudiado su marcha, su duracion, sus diferentes modos de terminarse. Así, pues, le hemos visto, ya corriendo su evolucion durante meses y durante años con una indolencia absoluta; ya retrocediendo al interior y llegando á ser el punto de partida de afecciones viscerales graves, entre las cuales hemos colocado en primera línea el tubérculo y el cáncer. Hemos visto tambien desnaturalizarse, tomando una forma más grave, y degenerar en *herpétide maligna esfoliatriz*. Hemos tratado siempre de establecer las diferencias que separan estas dos afecciones; hemos procurado tambien distinguir el psoriasis de ciertas formas de eczema y de sifílide; hemos insistido por último, en las dificultades que rodean al diagnóstico cuando el psoriasis se nos presenta desnaturalizado por la influencia del tiempo ó por un tratamiento anterior. En este estudio nos hemos limitado á examinar el psoriasis en su aspecto típico, y, hasta en cierta manera, clásico. Hoy vamos á entrar más profundamente en nuestro objeto examinando las modificaciones que el psoriasis experimenta segun el sitio que ocupa, investigando cuál es su naturaleza é interrogando con atencion los recursos de la terapéutica.

Variedades de asiento del psoriasis. Dirémos desde luego, relativamente á su asiento, que el psoriasis sigue la ley comun á la mayor parte de las afecciones cutáneas, es decir, que está influida en su marcha y en sus síntomas por la naturaleza del terreno en que se desarrolla. Semejantes á las especies vegetales que viven y prosperan en ciertas condiciones de sol y de clima y que se pierden en condiciones opuestas, el psoriasis, y con él la mayor parte de las dermatosis, sufren la influencia del sitio en que nacen. Fuera de este terreno, no es el mismo, y se le desconoce.

¡Qué diferencia, por ejemplo, entre el psoriasis desarrollado en los codos, en las rodillas, en la cara posterior del tronco, en una palabra, donde la piel tiene más espesor y sequedad, y el psoriasis del hueco poplíteo de la cara anterior del ante-

brazo, etc.! Y por otra parte, ¡qué diversidad de síntomas, segun que ocupe tal ó cual region!

Psoriasis capitis.—Véamosle, por ejemplo, en el cuero cabelludo, en ese dérmis tan rico en folículos sudoríparos y sebáceos. Aquí presenta modificaciones profundas. Las escamas llegan á hacerse mates, y en cierto modo grasientas. No tienen ese aspecto brillante y como metálico que presentan en otras regiones.

Psoriasis de la oreja.—Observémosle tambien en el pabellon de la oreja, sobre esa concha movible, flexible, sostenido por un cartílago y revestido por una débil hoja epidérmica. El psoriasis inflama el dermis de esta membrana, sostiene fisuras y úlceras dolorosas, al mismo tiempo que lo espesa y endurece y le hace perder la flexibilidad y agilidad necesarias á la delicadeza de sus usos.

Psoriasis de los párpados.—Viene el psoriasis á desarrollarse en los párpados, en esos velos débiles y membranosos destinados por sus movimientos á proteger el ojo contra las influencias exteriores y á lubrificar su superficie, y ocasiona en ellos lesiones graves. De esta piel delicada, fina y húmeda, hace una membrana espesa, rígida, frágil, desprovista de la flexibilidad necesaria á sus movimientos. Provoca en ella fisuras dolorosas y sostiene conjuntivitis crónicas, y puede terminar finalmente en un ectropion, afeccion funesta y difícil de curar.

Psoriasis bucal.—Si se asienta alrededor de la boca trae consigo desórdenes de otro género, engruesa el dérmis que rodea este orificio, le hiende y ulcera, produciendo fisuras dispuestas en círculo alrededor del orificio bucal como otras tantas líneas que figuran los trazos de una areola. Hace tambien perder á la boca su elasticidad, su flexibilidad y su extensibilidad.

Psoriasis lingual.—El triste privilegio de llevar una molestia incesante á las funciones del órgano invadido, se encuentra en el psoriasis lingual. Representémonos aquí la estructura de

la lengua, su consistencia esencialmente muscular, su mucosa espesa, adherente y tan delicadamente sensible que la reviste; recordemos los variados usos á que está destinada; la articulacion de los sonidos, la deglucion, la prehension de los alimentos y la gustacion, y tendremos una idea de los trastornos funcionales producidos en ella, por esa costra inextensible del psoriasis. Veremos paralelamente al desarrollo de las escamas, desaparecer la elasticidad, la flexibilidad, la movilidad y la sensibilidad necesarias á la lengua en sus tan variados usos.

Psoriasis articular.—Observamos tambien desórdenes graves de parte de las articulaciones invadidas de psoriasis. La piel de la region periarticular, esa piel dispuesta por su flexibilidad y elasticidad para sufrir los estirones y movimientos de prolongacion y retraccion á que está incesantemente sometida, llega á hacerse gruesa, indurada, rígida, hendida. Las fisuras que la cubren se hacen dolorosas; los movimientos se tornan difíciles, á veces definitivamente imposibles.

Psoriasis palmar y plantar.—Sucederá lo propio cuando el psoriasis tenga su asiento en la cara palmar de la mano: la piel de esta region se pone dura, rígida, inextensible, hendida, dolorosa, incapaz de prestarse á los diversos usos que reclaman los trabajos manuales. En la planta de los piés las fisuras profundas é inflamadas hacen la marcha molesta y áun imposible.

Psoriasis de las partes genitales.—Debemos saber igualmente que el psoriasis puede ocasionar inconvenientes y trastornos funcionales; recordemos el psoriasis *escarlatiniforme*, esa forma poco comun que invade de preferencia las partes genitales. Hé aquí todos los inconvenientes que resultan, para el enfermo, de una capa ó costra constituida por escamas numerosas, foliáceas, adherentes alrededor del pene, por ejemplo, molestia, obstáculo permanente á la ereccion, que se hace dolorosa; relaciones sexuales difíciles y áun imposibles, etc., etc. Concluiremos, pues, de esta rápida exposicion, que el psoriasis, afeccion en general tan indolente, puede en ciertas con-

diciones de sitio y de region, modificar sus caractéres exteriores y llegar á ser causa de sufrimientos y trastornos funcionales, cuya razon de ser es necesario buscar en la estructura y en la funcion de los órganos invadidos.

Naturaleza del psoriasis. Ha llegado el momento de preguntarnos lo que es el psoriasis. En otros términos, debemos investigar la naturaleza de esta afeccion. Diremos desde luégo que puede reconocerse en dos condiciones muy diferentes: Primero, en el estado *idiopático*; segundo, en el estado *sintomático*.

Psoriasis ideopático.—El psoriasis idiopático está siempre localizado, y reconoce por causa los roces ó presiones repetidos en una region expuesta á las acciones mecánicas; tal es el psoriasis de los codos, de las rodillas, de la cara interna de los muslos, tal el de los entarimadores, frotadores ó de las personas que por devocion pasan un tiempo considerable de rodillas. Esta variedad de psoriasis es mucho ménos frecuente y ménos interesante de conocer.

Psoriasis sintomático.—En la inmensa mayoría de los casos, el psoriasis es *sintomático*, es decir, que reconoce por causa una influencia general diatésica. ¿Cuál es la naturaleza de esta causa diatésica? Para M. Bazin existe un psoriasis *artrítico*, es decir, sintomático de la artritis. Pues bien, á pesar de la estimacion profunda que profesamos á la autoridad y al talento de M. Bazin, á pesar del respeto que tenemos á este maestro, que quedará como una de las glorias del hospital de San Luis, confesamos que nos es imposible adoptar completamente las ideas que profesa en este particular.

Psoriasis herpético.—No hablaremos, pues, del psoriasis artrítico. Pero si la existencia de la artritis como diátesis es discutible, no sucede lo propio con el *herpetismo*: el psoriasis es una de las más frecuentes y de las más importantes manifestaciones del herpetismo: á él debe su generalizacion, su simetría, su larga duracion, sus recidivas y su resistencia á dejarse influir por los agentes terapéuticos.

Psoriasis sifilítico.—¿Existe un psoriasis sifilítico? MM. Bazin y Hardy lo niegan, salvo los casos en que el psoriasis es palmar ó plantar; y áun en este caso, la afeccion cutánea no es, propiamente hablando, un psoriasis, no es más que una afeccion escamosa. Pues bien, señores, voy á atreverme á exponer una opinion contraria á la de estos dos maestros. He visto el año último, en la sala de Enrique IV, una mujer sifilítica que enseñé á varios de vosotros, y que sin haber tenido jamás antecedentes psoriásicos, nos presentaba en el curso de la evolucion de los accidentes sifilíticos tardíos y casi terciarios, placas de un psoriasis incontestable, y cuyo color rojo moreno era más acentuado, más sifilítico que el del psoriasis herpético.

Hoy os presento otra enferma que ocupa la cama núm. 51 de la sala de Enrique IV. Esta mujer está atacada de una sífilis grave, antigua, que ha llegado al período de los accidentes tardíos y casi terciarios. Al mismo tiempo que las ulceraciones específicas de la sífilis, vereis en la cara externa y anterior de los muslos y de las piernas, anchas superficies del color del jamon crudo, parecidas á las elevaciones del psoriasis herpético, pero diferenciándose por la coloracion esencialmente sifilítica que os acabo de señalar. Ved sobre estas superficies esas escamas gruesas, sobrepuestas unas á otras, fuertemente adheridas y semejantes en todo á las escamas del psoriasis herpético. ¿No teneis, pues, á la vista un verdadero psoriasis, y la ausencia de accidentes herpéticos, no os autoriza para concluir que se trata de un psoriasis sifilítico? Estos dos hechos tan interesantes nos permitirán, pues, establecer el principio de que la sífilis, en sus formas tardías, antiguas y contemporáneas de accidentes terciarios ó ulcerosos, puede tener por síntoma el psoriasis, que llega á ser en este caso una de las manifestaciones sifilíticas más sérias.

Hé aquí ahora una observacion recogida por M. Muzelier, mi interno, y que prueba el mismo hecho, esto es, que existe un psoriasis sifilítico, y áun que el psoriasis puede ser una

manifestacion precoz de la sífilis. En el caso que vamos á referir, la naturaleza sifilítica del psoriasis se ha deducido del tratamiento; porque este psoriasis, diagnosticado por M. Hardy, ha cedido en seis semanas á un tratamiento anti-sifilítico.

Observacion.—Belner, tonelero, de 25 años de edad, entró en nuestra clínica el 6 de Agosto de 1875 y ocupa el núm. 16 de la sala de San Cárlos. Este enfermo manifiesta haber tenido hace cinco meses próximamente un chancro al nivel de la corona del glande. La duracion del chancro, segun recuerda el enfermo, no fué apénas de quince dias. Añadamos que había sido precedido el chancro de una blenorragia, de la que quedan hoy todavía algunos vestigios. La curacion del chancro fué seguida, muy en breve, de la aparicion de una erupcion que parece haber presentado desde su orígen caracteres semejantes á los que se manifestaban en la época de la entrada del enfermo en el hospital. Poco tiempo despues del principio de esta erupcion, tuvo lugar la formacion de placas mucosas en el prepucio y en la cavidad bucal. A la entrada del enfermo comprobamos el estado siguiente: existe en casi toda la superficie del tronco y de los miembros una erupcion constituida por pápuas bastante salientes, aisladas unas de otras, del diámetro medio de una peseta, de coloracion rojo-morena, cubiertas en parte de escamas delgadas y blanquecinas, que recuerdan y se confunden con las escamas del *psoriasis*. En la cara anterior del tronco, las elevaciones papulosas se presentan con todos los caracteres que acabamos de señalar; solamente las escamas se separan más del aspecto psoriasiforme, y la coloracion morena que las distingue es algo diferente de la que se nota de ordinario en el psoriasis. En los codos y en las rodillas existen algunas pápulas más pequeñas que las otras y cubiertas de escamas algo más espesas y más adherentes que sobre el resto de la envoltura cutánea. El exámen de la cavidad bucal nos da á conocer la existencia de placas mucosas perfectamente caracterizadas en el dorso de la lengua, en la amígdala derecha y en la cara interna de los labios, particularmente del labio supe-

rior. Se encuentran igualmente algunas ulceraciones de la misma naturaleza en el surco glande-prepucial.

Consulté con motivo de la posibilidad de la existencia en este enfermo de un psoriasis de orígen sifilítico, y M. Hardy ha creido deber hacer formales reservas en esta cuestion. Ha declarado desde luégo que considerada en su conjunto, es decir, con los caracteres que presenta en el tronco y en la cara palmar de los miembros superiores, así como en la cara interna de los inferiores opuesta á la extension, la erupcion actual debe ser originada por la sífilis. Relativamente á las pápulas y á las escamas que existen al nivel de los codos y de las rodillas y que presentan tan gran semejanza con las pápulas y escamas del verdadero psoriasis, ha emitido la opinion de que se trata aquí de un psoriasis, pero un psoriasis sin parentesco alguno con la sífilis, y por consiguiente, distinto en un todo de la erupcion que cubre los otros puntos de la superficie cutánea.

Segun M. Hardy, la coincidencia de un psoriasis y de manifestaciones sifilíticas, eran una extrañeza aparente, de la que es fácil hallar su explicacion en las circunstancias etiológicas que habían presidido al desarrollo de la afeccion cutánea. Era legítimo admitir, en efecto, que bajo la influencia de esa emocion moral, de ese disgusto que acompaña tan frecuentemente á los enfermos al descubrirse un chancro, y que el nuestro había ciertamente experimentado, había originado en la piel uno de esos brotes tan frecuentes en la historia del psoriasis, y que á esta influencia debía referirse la existencia de una erupcion de psoriasis, coincidiendo con una sifílide pápulo-escamosa. M. Hardy anunciaba, en consecuencia, que si se sometía al enfermo á un tratamiento antiespecífico, se obtendría la curacion de la erupcion sifilítica, pero que no tendría influencia sobre el psoriasis que quedaría intacto. Los resultados de la medicacion que se ha empleado no justificaron esta interpretacion. El enfermo, en efecto, fué sometido, al siguiente dia de su entrada, á un tratamiento exclusivamente antisifilítico. Tomó cada dia una píldora con 0,03 gramos de protoioduro de

mercurio. El dia 15 de Setiembre, es decir, despues de un tratamiento de seis semanas, la erupcion estaba en plenas vías de decrecimiento en todos los puntos que ocupara no há mucho; no habia escamas, ni elevaciones papulosas, sino solamente máculas morenas, color de jamon ahumado, de una fisonomía incontestablemente sifilítica.

El enfermo salió del hospital el 18 de Setiembre, mejorado notablemente y no conservando más que manchas oscuras como único vestigio de la erupcion que le había obligado á ingresar en el hospital.

Pronóstico. ¿Es grave el pronóstico del psoriasis? Encontrareis, señores, en ciertas obras de patología, conclusiones muy optimistas, relativamente á la marcha y á la duracion de esta afeccion. Recordaremos, en efecto, los rasgos principales de la historia del psoriasis; recordaremos su duracion tan larga, su incurabilidad, sus recidivas, sus inconvenientes bajo el punto de vista social; recordaremos el cuadro de síntomas, á veces tan cargado, bajo el cual se nos presenta; las repercusiones viscerales tan graves á que puede dar orígen, y habremos restituido á esta afeccion los sombríos colores que le pertenecen. Sin duda no es tan manifiestamente grave como el pénfigo y la rupia, pero se les aproxima, sin embargo, por la extension de los desórdenes que ocasiona, y que son á veces bastante considerables para acarrear la muerte.

D. tratamiento del psoriasis.

Nos queda por estudiar la difícil y compleja cuestion del tratamiento. Diremos, ante todo, que la terapéutica del psoriasis ha sufrido en épocas diferentes una serie de transformaciones, con relacion á las ideas que reinaban sobre la naturaleza de esta afeccion. Tanto es así, que Rayer, contemporáneo de Brousseais, viendo en el psoriasis una afeccion de naturaleza inflamatoria, había instituido contra ella una medicacion antiflogística, en la que los purgantes, la dieta y la sangría del

brazo jugaban el papel principal. Pero particularmente al tratamiento local es adonde se encaminaban todos los médicos para obtener la curacion del psoriasis. Una variedad innumerable de linimentos, pomadas y ungüentos aparecieron con este objeto. En la actualidad sabemos á qué atenernos con respecto al valor de estos medios: ninguno llena el objeto propuesto. Es más: estas preparaciones empíricas presentan algunas veces graves inconvenientes. La casualidad nos depara hoy ocasion de comprobar los perjuicios que pueden acarrear para la salud de los enfermos. Ocupa la cama núm. 46 de la sala de San Cárlos, un hombre atacado de prurigo. Antes de su entrada en el hospital, este enfermo recurrió al empleo de una pomada de composicion desconocida, suministrada por un farmacéutico. Resultó de esta aplicacion intempestiva una erupcion penfigoide, que se desarrolló precisamente en los puntos sometidos á la accion de esta pomada irritante. Vamos á pasar una rápida revista á los medios externos que gozan de gran boga en nuestra época. Hace algunos años se propuso el aceite de petróleo; pero hechos numerosos, de los cuales algunos han sido recogidos en nuestra clínica, han venido á probar que la accion de este tópico en la piel era muy irritante. Podemos dirigir la misma crítica al aceite de trementina, del que se han obtenido buenos efectos en casos muy poco numerosos, para justificar la continuacion de su empleo. Hace tambien algunos años M. Hardy tuvo la idea de hacer desaparecer el psoriasis, de absorberla, en cierto modo, provocando en la piel una erupcion inflamatoria, destinada á servir de inflamacion sustitutiva. Al efecto empleaba la copaiba á altas dósis, y lograba hacer aparecer una fiebre acompañada de eritema generalizado, cuya accion terapéutica parecía saludable en algunos casos. Hemos empleado en la misma época este medio en nuestras salas, pero siempre hemos visto que, desaparecida la fiebre y la erupcion eritematosa, el psoriasis reaparecía con todos sus caracteres. Poco despues, y en el mismo hospital de San Luis, M. Lutz, farmacéutico en jefe del mismo, aconsejó el

sulfuro doble de sodio y de antimonio al interior y al exterior. Este método, varias veces empleado en nuestra clínica, nos ha dado los resultados siguientes: *dado al interior:* cólicos, vómitos y diarrea; *por la vía externa*: cambio de color de la piel, que llega á ponerse amarilla ó rojiza, y hace semejar los enfermos á los individuos de piel-roja. En todos los casos el psoriasis permanece intacto completamente, por lo que los medios que acabamos de enumerar han caido hoy en desuso.

Tratemos de establecer una terapéutica racional del psoriasis.

Estudiando esta afeccion, hemos visto que es preciso considerar dos partes en su historia: la lesion *cutánea* y la *diatesis* que la origina y sostiene. De esta doble manera de considerar el psoriasis, dimanan dos indicaciones terapéuticas bien distintas, la una dirigiéndose á la misma lesion local, y la otra al estado diatésico de que es expresion. En otros términos: el psoriasis debe ser combatido por dos especies de medios: *externos é internos ó antidiatésicos.*

Tratamiento externo.—El tratamiento local ha gozado particularmente de más prestigio; pero de todos los agentes empleados hay bien pocos que hayan resistido á la prueba del tiempo y de la experiencia. Hay uno, sin embargo, que no ha caido en el olvido: tal es el *aceite de enebro* (1), poderoso tópico cuyo uso está tan generalizado en este hospital. El objeto del tratamiento local, es curar las superficies enfermas destruyendo las escamas y modificando la vitalidad morbosa del dermis que las produce; ahora bien, el aceite de enebro constituye el mejor medio para llegar á este objeto difícil de conseguir. Se dan dos fricciones por dia con este aceite en las superficies

(1) El reputado práctico de Sevilla Dr. D. Ramon de la Sola y Lastra ha publicado en el núm. 4 de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, de Madrid, 1877, un artículo sobre el empleo de este agente terapéutico: El *Aceite de enebro en las afecciones eczematosa é impetiginosa.*

(*Nota de los traductores.*)

psoriásicas. Poco á poco las escamas se desprenden y caen; la pápula dérmica queda al descubierto y se hunde á su vez, la coloracion palidece y se borra por último, para desaparecer en una época más ó ménos próxima. La duracion de este tratamiento es siempre larga. Varía, sin embargo, segun se trate de tal ó cual forma de psoriasis: de dos á tres meses para la forma *punctata*: de tres á cuatro para la forma *diffusa*, y de seis meses á un año y áun más para el *psoriasis inveterado*.

El tratamiento externo encuentra un coadyuvante útil en el empleo de los baños simples, y sobre todo baños alcalinos compuestos de 500 á 1.000 gramos de carbonato de sosa. Estos baños presentan la doble ventaja de disolver las capas de aceite y de modificar en un sentido favorable la vitalidad de la piel. Cuando las escamas son espesas y resistentes, son convenientes las duchas de vapor ó los baños al hidrófero. Este tratamiento no es tan completamente inofensivo como pudiera creerse. Así, pues, el aceite de enebro tiene un olor desagradable y difícil de soportar para ciertas personas. Presenta además el gran inconveniente de ser mal tolerado por ciertos cútis. Se ve aparecer, en efecto, algunas veces bajo la influencia del aceite de enebro una verdadera inflamacion de la piel con fiebre y una erupcion particular designada con el nombre de *erupcion enébrica*.

Cuando semejante complicacion tiene lugar, es necesario cesar toda aplicacion tópica irritante y reducir el tratamiento al uso de cataplasmas de fécula y baños emolientes. Bien pronto los accidentes inflamatorios desaparecen; entónces es necesario volver al empleo de los medios abandonados, esforzándonos siempre en mitigar su accion por mezclas que permiten atenuar sus propiedades irritantes. Así, pues, el aceite de enebro mezclado en partes iguales con glicerina ó aceite de almendras dulces, es el mejor medio de obtener este resultado.

Tratamiento diatésico.—El tratamiento externo así concebido no tiene sino una accion local, es decir, limitada á la lesion cutánea que constituye el psoriasis: pero no puede condu-

cir á una curacion definitiva, porque nada puede contra el principio diatésico que produce el desarrollo de la enfermedad. Combatir este principio por modificadores internos, tal es el objeto del tratamiento anti-diatésico. Cuando se trata de la diatésis herpética, es necesario dirigirse al medicamento anti-herpético por excelencia: al arsénico, y no hay que tener tanta circunspeccion en su empleo como cuando se trata de herpes húmedos; los brotes hácia la piel no son tan temibles cuando se trata del psoriasis. Inferior como específico al mercurio, al yoduro potásico, al mismo yodo, el arsénico ocupa por lo ménos el primer rango de la terapéutica del herpes, y por consecuencia, del psoriasis. Se le administra de dos modos: bajo la forma de *píldoras* y de *soluciones*. Por lo general, debe tomarse á las comidas; esta es la hora en que los medicamentos antidiatésicos deben ser administrados, porque entónces son más fácilmente tolerados, absorbidos y asimilados. Es necesario evitar al principio el exagerar la dósis, porque se podrían provocar accidentes serios por parte del tubo digestivo, diarreas y vómitos. Cinco ó seis milígramos diarios al principio, más adelante nueve y más adelante aún, la dósis máxima de doce milígramos; tales son los límites en que puede oscilar el uso cuotidiano del arsénico. En disolucion os recomiendo la fórmula siguiente:

T. Agua.....	500 gramos
Arseniato sódico.....	10 centígramos

á la dósis de tres á seis cucharadas por dia y siempre en el momento de las comidas (1).

No debemos olvidar que el tratamiento del psoriasis es

(1) Si preferís dar el arsénico en forma pilular, hé aquí la fórmula que yo uso con más frecuencia:

Arseniato sódico.....	0,001
Extracto de genciana.....	0,10

para cada píldora. Dad dos, tres y hasta cuatro en cada una de las tres comidas.

siempre largo, y que el empleo del arsénico debe ser continuado largo tiempo despues de haber desaparecido la lesion, si se quiere asegurar al enfermo una curacion definitiva. No olvidemos tampoco que esta curacion no es en general mas que transitoria y pasajera, destinada más tarde ó más temprano á desaparecer ante una nueva manifestacion del principio diatésico que está implantado en la economía.

LECCION SÉTIMA.

Eczema.

Señores:

Nuestras últimas lecciones han sido consagradas al estudio del psoriasis. En este estudio hemos examinado sucesivamente las lesiones anatómicas que caracterizan el hérpes seco, su evolucion, su duracion y su marcha. Hemos insistido en las recidivas de la enfermedad, en las retropulsiones viscerales á que puede dar lugar: despues hemos tratado de reunir los elementos de su diagnóstico, esforzándonos en desembarazarle de las oscuridades y de las causas de error de que puede estar rodeado. Este estudio ha hecho resaltar á nuestra vista un hecho capital, el de la cronicidad absoluta y completa, ya se considere la enfermedad en su duracion, ya se la examine en la forma y en la evolucion de sus lesiones. Hemos visto, en efecto, que uno de los caractéres principalos del psoriasis es la lentitud extrema de su marcha, y su duracion en cierto modo indefinida. Hemos visto tambien que á pesar de sus curaciones temporales, esta afeccion se ve expuesta á recidivas casi ciertas, que llegan á ser en cierta manera, parte integrante del individuo que de ella es atacado, y que constituye para éste como una segunda naturaleza, de la que no puede desembarazarse ni áun por el tratamiento más racional. El psoriasis, pues, ha justificado, á nuestro modo de ver, con respecto á sí propio, el célebre verso de Horacio:

Naturam expellas furca, tandem usque recurret.

Un gran hecho se desprende tambien de este estudio: tal es la ausencia completa de fenómenos inflamatorios durante todo el trascurso de la enfermedad: silencioso, lento é indolente el psoriasis, no determina en general ni dolores ni trastornos de ninguna especie. Unicamente en el caso de que impida en cierto modo, por su presencia y por las alteraciones que determina, las funciones de las partes en que esté implantado, es cuando da treguas á su indolencia habitual.

Despues de haberle seguido en su marcha y en su duracion, hemos examinado las complicaciones de que es susceptible y las retropulsiones viscerales de que puede ser orígen; hemos reconocido en estas complicaciones y en estas metástasis un carácter comun, el de la *cronicidad;* cronicidad en las lesiones que se llaman aquí *tuberculosis* y *cáncer*, cronicidad en sus síntomas, desde la fiebre, que es una fiebre lenta, héctica y consuntiva, hasta la diarrea, que toma la forma de un catarro crónico. Hemos demostrado, en una palabra, que el psoriasis merece por todos conceptos el título de herpes muerto que la daban los antiguos.

Nos parece interesante colocar ahora al lado de esta gran figura del psoriasis, otra afeccion que ocupa tambien un puesto elevado en la dermatología.

Esta afeccion es el *eczema*, el *herpes vivo* de los autores antiguos. ¡Qué diferencia de una y otra parte, en sus caracteres exteriores y su marcha!

En el psoriasis, la piel, momificada, seca, petrificada, parecida á una corteza inerte, atacada en la actividad secretoria de sus glándulas sudoríparas y sebáceas, herida, en una palabra, en todos los elementos de su vitalidad, nos ofrece la imágen perfecta del herpes muerto. En el eczema, por el contrario, existe una sobreactividad vital excesiva que se manifiesta por parte de la piel. Esta membrana llega á ser el asiento de una secrecion abundante; está ardiente, roja, tensa; presenta, en una palabra, reunidos en alto grado, los caracteres de la inflamacion. En el *psoriasis* las complicaciones siguen una marcha

lenta y crónica, como la misma afeccion primitiva. En el eczema, las metástasis son rápidas y súbitas, notables por el sello que las distingue.

Recordemos aquí la historia del eczema fluente; recordemos la agudeza y la evolucion rápida de las manifestaciones repercusivas de esta forma del eczema: recordemos su brusca desaparicion, coincidiendo con la aparicion de complicaciones agudas, siempre graves, con frecuencia mortales, y tendremos una idea de la importancia que es necesario conceder á la historia de las metástasis del eczema. En este órden de hechos se coloca el caso siguiente, observado últimamente por nosotros: un niño de muy corta edad fué atacado de eczema fluente en las orejas y pliegues inguinales. Este eczema se secó súbitamente; pero en el mismo momento que parecía desaparecer, sobrevino un catarro bronquial sofocante que se llevó rápidamente al enfermo. Hechos parecidos no son poco comunes; se ligan á esa ley de antagonismo y de equilibrio que une entre sí las mucosas y la piel. El carácter inflamatorio pertenece, pues, al eczema, y éste es muy particularmente lo que le hace una afeccion tan diferente del psoriasis.

Vamos ahora á entrar de lleno en el estudio de esta afeccion, de sus síntomas, de su marcha, su duracion, sus formas, y terminaremos con algunas consideraciones relativas á su naturaleza, á su diagnóstico y á su tratamiento.

La palabra *eczema* viene del nombre griego ἐκζέω, que quiere decir, yo quemo. Sauvages designa esta afeccion con el nombre de *herpes vivo;* Alibert, en su lenguaje ideal, le llama *herpes squamosus madidans*. Definir el eczema no es cosa fácil, porque esta afeccion presenta caracteres de tal modo variados, formas tan numerosas, aspectos tan diferentes y una manera de ser tan complexa, que es difícil dar de él una idea completa en una sola definicion. Voy á proponeros la siguiente, que tiene el mérito de abrazar en toda su amplitud los caracteres principales de la enfermedad.

Definicion.—El *eczema* es una enfermedad de la piel y de

las mucosas, inflamatoria, no contagiosa, de forma ya *aguda*, ya *crónica*, caracterizada en su período de estado por una erupcion de vexículas trasparentes, pequeñas, confluentes, sin duracion, produciéndose habitualmente un una superficie eritematosa, que contienen un líquido claro, sero-mucoso, que puede ser absorbido localmente, pero que lo más frecuente es que se derrame al exterior, continuando la secrecion en la mayoría de casos, durante un tiempo más ó ménos considerable, por las superficies escoriadas que las vexículas dejan tras sí, concretándose en costras delgadas que caen á medida que las superficies exhalantes se desecan y se cicatrizan, siendo reemplazadas por escamas, que son la última lesion del eczema y como el anuncio de su fin próximo.

Bajo el punto de vista de su frecuencia, el eczema ocupa el primer rango en la patología cutánea, es una afeccion muy extendida y que representa la tercera parte, próximamente, de la masa total de las afecciones cutáneas, como lo han demostrado las investigaciones estadísticas de Devergie. Ataca á todos los sexos, á todas las edades y puede invadir todas las regiones del cuerpo. Ligero y benigno en gran mayoría de casos, puede llegar á ser grave cuando reviste ciertas formas: en la forma *fluente*, en razon de la excesiva secrecion que produce y de las pérdidas incesantes á que somete á los enfermos; en la forma *crónica*, á causa de las ulceraciones que determina y de las alteraciones profundas que ocasiona en la estructura de la piel. El eczema es, pues, bajo todos conceptos, una afeccion interesante que debemos estudiar. Empecemos, pues, por seguirla en la evolucion de sus lesiones y de sus síntomas.

Marcha y desarrollo del eczema.—Hay que distinguir cuatro períodos en la marcha del eczema: un período *eritematoso*, uno *vexiculoso*, uno de *ulceracion*, de *exudacion* y de *costras* y uno de *desecacion*.

Período eritematoso.—Empieza frecuentemente el eczema por una congestion eritematosa, acompañada de una sensacion de calor, de escozor, de quemadura, de picazon en las super-

ficies cutáneas atacadas. No es infrecuente observar al propio tiempo algunos accidentes generales, malestar, cefalalgia, trastornos gástricos y ligera fiebre.

Período vexiculoso.—La superficie eritematosa pierde pronto su aspecto liso y uniforme, al cabo de cierto número de horas, se hace desigual, áspera y se cubre de granulaciones vexiculosas muy pequeñas, parecidas á los granos de mijo, y tan completamente exiguas, que no se las puede percibir sino bajo ciertas incidencias de luz. Estas vexículas confluentes, pequeñas, transparentes, elevadas sobre un fondo rojo, representan la lesion madre del eczema; su aparicion corresponde al período de estado de la enfermedad; son esencialmente efímeras y fugaces, esencialmente variables en sus caracteres de confluencia, de tenuidad y de implantacion. Para destruirlas basta la más ligera causa mecánica, un frote, una pequeña contusion. Desaparecen en general al cabo de un corto número de horas, de un dia todo lo más.

Los síntomas del período de estado son, con poca diferencia, los mismos que los del período de invasion; en este segundo período, como en el primero, la piel está tensa, brillante, roja, dolorosa; el estado general puede ofrecer tambien algunos trastornos bastante pronunciados. Estos síntomas preceden á la aparicion del tercer período.

Período de ulceracion, exudacion y costras.—En este tercer período, el aspecto de los superficies enfermas se modifica á consecuencia de la evolucion de las vexículas, evolucion que puede hacerse de dos maneras distintas. En el primer caso, las vexículas se marchitan, se aplastan y desaparecen á consecuencia de la absorcion del líquido que contienen, dejando en pos de sí un epidermis marchito ó inútil, que está destinado á ser pronto eliminado; despues todo queda en órden, el enrojecimiento y la congestion se debilitan, las superficies atacadas vuelven á su estado normal; esta es una terminacion poco frecuente, excepcional para el eczema.

Hé aquí lo que sucede más frecuentemente: Algunas horas

despues de su aparicion, las vexículas se abren y dan salida á un líquido transparente, incoloro, de consistencia gomosa, que se extiende sobre la piel, forma una costra húmeda y viscosa. en el sitio que ocupan existen ulceraciones muy superficiales: pequeñas, irregulares en sus contornos, circunscritas por bordes cortados en bisel y bañadas en toda su extension por un líquido transparente, viscoso, semejante á una disolucion de goma arábiga, que almidona la ropa como el licor espermático. Abandonado al contacto del aire, este líquido se concreta. se mezcla con los detritus epidérmicos y forma costras delgadas, aplanadas, laminosas, húmedas, de un color blanco más ó ménos amarillo. Estas costras se renuevan á medida que se desprenden y se reproducen, en cierto modo, indefinidamente. cuando la secrecion morbosa es muy abundante y cuando continúa despues de la desaparicion de las vexículas. Cuando esta secrecion es moderada, cuando se detiene al fin del período vexiculoso, entónces sucede que las costras no se reproducen, pero quedan estacionarias allí donde se han formado, y constituyen un abrigo protector del trabajo de cicatrizacion que se apodera de las superficies ulceradas. Tales son los fenómenos que caracterizan el tercer período del eczema.

En el cuarto y último período la sobreactividad morbosa que dominaba la escena en los primeros períodos se apaga progresivamente; la secrecion húmeda cesa por completo, y es reemplazada por la secrecion, bajo la forma de escamas, del epidermis, que no está aún bastante sano para quedar aplicado definitivamente sobre el dermis. Estas escamas son foliáceas. laminosas, de un blanco amarillento, se caen fácilmente y llegan á ser, á medida que la enfermedad se aproxima á su curacion definitiva, más anchas y espesas y más raras, hasta que al fin desaparecen completamente de una superficie epidérmica, en lo sucesivo sana y normal.

La *duracion* del eczema es variable, lo que nos hace presentir el estudio de sus diversos modos de terminacion; pero por larga que sea esta duracion no cambia nada el carácter

anatómico de la enfermedad, que queda limitada á las capas superficiales del dermis, y por consiguiente no trae consigo la formacion de cicatrices. Las modificaciones que el eczema entraña á su paso por el tejido de la piel cuando ha seguido una marcha crónica, son modificaciones en las propiedades físicas de esta membrana, en su espesor, en su coloracion, en su elasticidad y en su resistencia. Nos explicamos por esto, el por qué á consecuencia del eczema crónico la piel queda tensa y adelgazada, y por qué no representa más que una especie de película, de una tenuidad extrema, de una coloracion brillante, rojiza, de reflejos metálicos, como barnizada y dando al tacto una sensacion de excesiva finura, como la de una superficie satinada. Nos explicamos tambien por esta pérdida de elasticidad y de resistencia, lo imposible que será en lo sucesivo proteger eficazmente las partes que cubre. Esta alteracion profunda en las propiedades de la piel, nos da cuenta igualmente de la frecuencia de los infartos circulatorios y la tendencia á las ulceraciones que se encuentran en casos análogos. Tal sucede particularmente en los miembros inferiores, en donde se notan reunidas en alto grado, las condiciones funestas que hacen particularmente grave el pronóstico del *eczema crónico.*

LECCION OCTAVA.

Eczema.

(Continuacion.)

Señores:

En la última leccion hemos empezado el estudio del *eczema*. Empero ántes de entrar en nuestro objeto hemos dado un paso atras hácia el *psoriasis*. Hemos reasumido brevemente los rasgos principales de su historia para hacer resaltar á vuestra vista su importancia, colocándole al lado de otra afeccion igualmente interesante, el eczema. Hemos ensayado establecer un paralelo entre estas dos grandes formas de la diatesis herpética, comparando, unos con otros, sus caractéres respectivos; tratando particularmente de haceros comprender la extension de las divergencias que establecen entre ellas una línea de separacion tan notable.

Despues de haber dirigido esta mirada retrospectiva, hemos entrado en el estudio del eczema, indicando claramente el carácter inflamatorio de esta enfermedad y las complicaciones viscerales que á ellas se unen. En seguida hemos expuesto su marcha y la sucesion de los períodos que recorre durante su evolucion, demostrando que estos períodos eran cuatro, y los hemos descrito en su órden de aparicion con los nombres: 1.° período de congestion eritematosa; 2.° período de erupcion vexiculosa; 3.° período de ulceracion, de exudacion y de costras; 4.° período terminal ó de desecacion. Hemos insistido en la marcha del último período y en los diferentes

modos de terminar la enfermedad, deteniéndonos muy particularmente en el eczema crónico, en las ulceraciones que le acompañan y en los peligros que estas ulceraciones traen consigo para los enfermos, en razon de la excesiva secrecion que ocasionan. Pero esta descripcion, tal como la hemos trazado, no se refiere en realidad sino á la forma simple, clásica y hasta cierto punto ideal del eczema. Vamos á demostrar ahora que esta afeccion está léjos de hallarse siempre conforme con el cuadro que acabamos de bosquejar, y que es, por el contrario, susceptible de modificaciones tan numerosas como variadas en su forma, en su gravedad, en su configuracion, en sus lesiones anatómicas y en su asiento. En otros términos, vamos á estudiar las variedades que conviene considerar en ella.

VARIEDADES EN LA FORMA.

Examinemos en primer término las variedades en la forma. El *eczema* puede presentarse bajo dos estados diferentes: el estado *agudo* y el estado *crónico*. El estado agudo puede afectar dos formas diversas. La primera está caracterizada por una secrecion abundante, profusa, á veces excesiva, verdadero catarro de la piel, al que debe la enfermedad su nombre de *eczema fluente*. El predominio del fenómeno de la secrecion es á veces tal, que hace el pronóstico muy grave: puede ocasionar tales pérdidas en la superficie cutánea, en ciertos casos en que la enfermedad está generalizada, que los enfermos no pueden resistir la extenuacion que resulta de ella y caen en un estado de marasmo que anuncia muy frecuentemente una terminacion funesta. Por otra parte, puede llegar á ser el punto de partida de metástasis viscerales, siempre muy peligrosas en razon de su gravedad y de la prontitud de su aparicion. El principio del *eczema fluente* está frecuentemente marcado por fenómenos generales bastante acentuados; hay malestar, cefalalgia, ligeros trastornos gástricos. Los accidentes locales se

desarrollan en el órden siguiente: se observa desde luégo una congestion eritematosa en una region más ó ménos extensa de la piel. Esta membrana toma un aspecto liso y bruñido y llega á ponerse roja, tumefacta, quemante y dolorosa. Bien pronto se cubre de vexículas pequeñas, transparentes, semejantes á los granos de mijo, llenas de un líquido incoloro y ligeramente amarillento. Al cabo de un tiempo muy corto, algunas horas, un dia lo más, las vexículas se rompen y dejan escapar un líquido viscoso que forma una capa delgada y brillante en la superficie del dérmis. Mezclado con los detritus epidérmicos de las vexículas, este líquido se concreta y da lugar á costras húmedas, amarillentas, delgadas y laminosas. No es infrecuente ver suceder á esta primera erupcion, una segunda de aspecto semejante á aquella. En esta recrudescencia de la enfermedad, se ven renacer las mismas vexículas, suministrando la misma secrecion morbosa que las que la habían precedido. Apénas las vexículas están abiertas, se marchitan y desaparecen, dejando en pos de sí, como huellas de su existencia, ulceraciones pequeñas y superficiales, en las que se elabora y se perpetúa una secrecion análoga á la de los elementos que le habían dado orígen.

Cuando los brotes vexiculosos se suceden y se continúan sin descanso, y cuando, por otra parte, la enfermedad está generalizada, cuando ocupa de pronto superficies muy extensas, la abundancia y la continuacion de la secrecion morbosa puede llegar á ser bastante considerable para producir un estado de empobrecimiento, que puede terminar por ser mortal para el enfermo. Debemos hacer notar sin embargo, que una terminacion tan funesta es afortunamente poco comun y que lo más frecuente es que la enfermedad tiende á la curacion definitiva, á ménos que no presente progresivamente los caractéres de la forma crónica, que estudiaremos ahora.

La segunda forma del eczema agudo lleva el nombre de *eczema rubrum*. M. Bazin ha considerado, con razon, el eczema rubrum como una afeccion *pseudo-exantemática*. Los

accidentes prodrómicos y los fenómenos generales ofrecen al principio un carácter de agudeza, que no se encuentra en el mismo grado en las otras formas. La cefalalgia es más pronunciada, la fiebre más intensa, el insomnio más persistente, los trastornos gástricos más marcados que en el eczema *fluente*. El *período eruptivo* se anuncia por la aparicion de manchas rosadas, de un color vivo, diseminadas irregularmente en el tronco, pecho, dorso, y á veces en toda la extension de los miembros. De la misma manera que los exantemas, estas manchas desaparecen á la presion del dedo para reaparecer inmediatamente despues. Bien pronto se ve elevarse sobre las manchas rojas una multitud de vexículas transparentes, excesivamente ténues, confluentes, llenas de un líquido incoloro ó ligeramente amarillento. La gotita de líquido que contiene cada vexícula no es arrojado hácia afuera; es absorbido; y cuando las vexículas están aplastadas, se separan sus paredes bajo la forma de una esfoliacion furfurácea. La curacion puede ser considerada como perfecta cuando esta esfoliacion ha terminado. La duracion del *eczema rubrum* es de quince á veinte dias próximamente. El período de declinacion se anuncia por la degradacion de los colores vivos y rosados iniciales, que llegan á ponerse cada vez más pálidos hasta su disipacion completa. Notemos, como síntomas subjetivos, las comezones excesivas que se traducen muy particularmente bajo la forma de pinchazos, que los enfermos comparan á como si multitud de puntas de agujas se clavasen en su piel. De aquí una agitacion continua, una necesidad irresistible de rascarse, un insomnio pertinaz.

El eczema crónico se presenta tambien bajo dos formas diferentes. En la primera, sus caractéres son exclusivamente los de la cronicidad, sin manifestacion alguna de agudeza; éstos son placas escamosas ó costrosas, que permanecen todo el tiempo de su duracion con la misma fisonomía y en el *statu quo* más completo. En la segunda, por el contrario, se ven brotes agudos; es decir: las erupciones vexiculosas, acom-

pañadas de secrecion, formarse de tiempo en tiempo en medio de las superficies crónicamente enfermas, que vuelven tambien en cierta manera al estado agudo; de suerte que, en este caso, se encuentra el eczema, ofreciendo á la vez los caractéres de agudeza y los de la cronicidad. No insistiremos más en estas dos formas, que tienen por atributo comun la tenacidad en su duracion, y particularmente, la resistencia á dejarse influir por los medios terapéuticos.

VARIEDADES BAJO EL PUNTO DE VISTA DE LA GRAVEDAD.

Si ahora miramos el eczema bajo el punto de vista de su gravedad, nos vemos obligados a admitir tambien dos variedades: 1.° Eczema simple, ligero ó *benigno*. 2.° Eczema *grave*. Como tipo de la variedad *benigna* ó ligera, citaremos el *eczema simple*, afeccion puramente local, no simétrica, generalmente poco extensa, muy frecuentemente debida á la accion de una causa directa, tal como el contacto más ó ménos prolongado de una sustancia irritante. El *eczema simple* no va acompañado de reaccion alguna general ó local. Su duracion es pasajera. Sus complicaciones son nulas. El *eczema grave*, por el contrario, está caracterizado por la intensidad de la reaccion general, que determina á veces, por la extension de las regiones que invade, por la simetría de sus manifestaciones y por su larga duracion. Es notable tambien por los trastornos funcionales que acarrea cuando ocupa determinados puntos de la superficie cutánea y por las modificaciones que hace sufrir á la piel en su estructura. Volveremos á ocuparnos de estas formas cuando estudiemos el pronóstico de la enfermedad.

VARIEDADES BAJO EL PUNTO DE VISTA DE LA LESION ANATÓMICA.

Cuando se examinan los caractéres exteriores de las lesiones anatómicas del eczema, llama la atencion el ver las modificaciones que son susceptibles de sufrir estos caractéres. Si es cierto que la vexícula, por ejemplo, es en la gran mayoría de

casos la lesion primitiva del eczema, tambien lo es que en algunas circunstancias puede faltar y ser reemplazada por una lesion de naturaleza distinta. Esta lesion es muy frecuentemente una vexico-pústula; es decir, una elevacion epidérmica, llena de serosidad purulenta. La vexico-pústula sigue con corta diferencia la misma marcha que la vexícula; ofrece, como ella, una duracion muy corta, y pocas horas despues de su aparicion, se rompe para dar paso á un líquido amarillo, espeso, viscoso, á expensas del cual se formarán más tarde costras delgadas, amarillas, laminosas, que recuerdan á la vez, por su delgadez y su coloracion, las costras del eczema y las del impétigo. De aquí toma orígen una afeccion mixta, que designaremos, en razon de esta reunion de caractéres múltiples y pertenecientes á dos enfermedades distintas, con el nombre de *eczema impetiginoso*.

La lesion primitiva puede tambien ser modificada por la presencia, en el sitio donde aparece, de una lesion anteriormente desarrollada. Tal se observa en el *eczema liquenoide*, forma bastante frecuente, que ofrece por carácter principal presentar en un mismo sitio lesiones pertenecientes á dos afecciones distintas: la *pápula*, lesion primitiva del líquen, y la *vexícula*, lesion inicial del eczema.

Empero no es solamente por su lesion primitiva, si que tambien por sus lesiones consecutivas, por sus escamas y por sus costras, por lo que el eczema ofrece caractéres comunes con otras afecciones. Así, en el *eczema psoriasiforme*, las escamas no son tan delgadas, unifoliáceas, laminosas, fáciles de desprender, como las del eczema simple. Son, por el contrario, espesas, opacas, amarillas, estratificadas, adherentes, como la del psoriasis, y están formadas á la vez del elemento epidérmico y de un elemento húmedo concreto.

LECCION NOVENA.

Eczema.

(Continuacion.)

VARIEDADES BAJO EL PUNTO DE VISTA DE LA CONFIGURACION.

El eczema nos ofrece tambien muchas variedades que considerar, segun su configuracion. Ya esté *generalizado* y dispuesto *simétricamente* en cada lado del cuerpo, siguiendo las líneas y superficies perfectamente semejantes de uno y otro lado; ya esté *circunscrito* y formado de placas aisladas, diseminadas, sin órden aparente, á veces agrupadas alrededor de las regiones articulares. La existencia de esta última forma se refiere muy frecuentemente, segun M. Bazin, á un orígen artrítico.

El *eczema nummular* está caracterizado por placas redondeadas que afectan la forma de una moneda. Viene á ser *eczema sparsum*, cuando las placas están repartidas y diseminadas en las superficies más ó ménos vastas, y en número más ó ménos considerable. Estas dos formas tienen, en general, una duracion muy larga, y se dejan influir muy poco por la accion de los agentes terapéuticos.

El *eczema orbicular* debe su forma particular á la disposicion de las partes en que tiene su asiento de preferencia. Se le encuentra más comunmente alrededor de los orificios naturales, boca, ano. Está caracterizado por la existencia de las fisuras múltiples y radiadas, que forman como una especie de aureola alrededor de estos orificios.

El *eczema centrífugo ó serpiginoso* presenta bordes sinuo-

sos, irregulares en su contorno y en su direccion: sus lesiones siguen una marcha periférica invasora, y acrecentándose por su circunferencia, en tanto que las partes centrales, primitivamente atacadas, se curan y vuelven á su estado normal. M. Bazin considera tambien el eczema centrífugo como una manifestacion de la diátesis artrítica. En la cara palmar de las manos y en la plantar de los piés, es donde esta variedad se encuentra con más frecuencia; más que ninguna otra, se acompaña de fisuras, úlceras y desprendimientos del epidérmis.

VARIEDADES SEGUN EL SITIO.

Consideremos ahora el eczema bajo el punto de vista de sus variedades de sitio. Recordemos ántes que, como todas las enfermedades cutáneas de secrecion húmeda, el eczema afecta una predileccion particular por las regiones donde la piel ofrece más finura y humedad naturales.

El eczema tiene, en efecto, como el psoriasis, sitios de eleccion, donde se asienta de preferencia y donde siempre es fácil encontrarle. En casos excepcionales es cuando se generaliza y cuando invade indistintamente todos los puntos de la superficie cutánea. Estudiémosle en las diferentes regiones que puede ocupar. Cuando tiene su asiento en el cuero cabelludo, y de un modo general en las partes cubiertas de pelos, toma el nombre de *eczema piloso*. Esta variedad presenta particularidades que están en relacion con la naturaleza del sitio en que se desarrolla.

En el *eczema piloso*, en efecto, la secrecion morbosa no puede derramarse y extenderse libremente en la superficie de las partes enfermas. Se encuentra, por el contrario, retenida y como aprisionada por los cabellos y por los pelos que constituyen una especie de fieltro, cuyo contacto es irritante para las partes escoriadas y exudantes. De estas diversas condiciones resulta una intensidad generalmente muy viva en la enfermedad y una fetidez repugnante causada por la retencion de los

productos exhalados en la trama impenetrable que los cabellos y los pelos oponen á su salida, y algunas veces á la produccion muy numerosa de parásitos que se ven pulular en el espesor de los cabellos, impidiendo, por otra parte, la aplicacion de los medios tópicos necesarios para la curacion de las partes enfermas. Por estas razones el eczema en todas estas regiones, es general, persistente y tenaz.

El *eczema de las orejas* es grave, en razon de los desórdenes que puede determinar en el órgano del oido, y de la sordera, que puede ser su consecuencia. En ciertos casos, en efecto, puede traspasar los límites ordinarios, y, abandonando las partes externas, penetrar en el conducto auditivo é invadir hasta el oido medio. Resulta de esta complicacion una debilidad notable en el sentido del oido, y á veces una sordera completa.

Se observan igualmente en el eczema marcados trastornos funcionales alrededor de la boca. Estos trastornos son la consecuencia de las alteraciones que la inflamacion eczematosa hace sufrir á los tejidos que invade. Están en relacion con el espesor, con la induracion y con la pérdida de la elasticidad y de la flexibilidad del dérmis. Así nos explicamos la formacion de esas fisuras y de esas úlceras tan dolorosas y tan molestas bajo el punto de vista de los movimientos del orificio bucal. En ciertos casos, la enfermedad puede invadir la cavidad bucal, y determinar en la mucosa que la reviste, verdaderas ulceraciones.

El *eczema de los párpados* ofrece una gravedad que está en relacion con el obstáculo que opone al funcionamiento de esos velos tan necesarios á la integridad del globo ocular. Se acompaña de blefaritis y conjuntivitis, y tiende con frecuencia á la induracion y á la retraccion del tejido de los párpados. De aquí resultan ectropions y entropions muy difíciles de curar.

El *eczema de las mamas* es una de las variedades que más nos importa conocer, puesto que es una de las que con más frecuencia se encuentran en la práctica. Reconoce algunas

veces por causa el contacto irritante de los labios del niño durante la lactancia. Se acompaña entónces, en la mayoría de casos, de flemones y de accesos que hacen imposible la lactancia y que obligan á la nodriza á privar al recien nacido de esa fuente preciosa de alimentacion. El *eczema de las mamas* es una de las más frecuentes complicaciones de la sarna. Coexiste ordinariamente entónces con lesiones semejantes que se desarrollan en las muñecas y en los espacios interdigitales.

El *eczema del ombligo* se presenta en forma de placas rojas y húmedas, muy parecidas á primera vista á las placas mucosas.

En el *eczema intertrigo* existe una condicion particular en el desarrollo de la enfermedad: tal es la union de las superficies cutáneas y el frotamiento que de ella resulta. Hay en esta disposicion una causa permanente de irritacion por la que nos explicamos la frecuencia del eczema en ciertos sitios de eleccion: en los niños la cara posterior de las orejas y en la parte posterior y anterior del cuello: en las personas obesas la ranura que existe entre las nalgas, el pliegue inguinal y periné. El *eczema intertrigo* presenta cierta gravedad cuando ocupa las partes genitales: *en la vulva* determina ulceraciones y produce flujos que pueden ser tomados por blenorrágicos. Provoca picazones insoportables, y puede llegar á ser, por efecto de la irritacion que ocasiona, una poderosa causa de onanismo: *en el pene* forma una capa dolorosa y difícilmente extensible, y ocasiona tambien un obstáculo más ó ménos completo al cumplimiento del acto del coito.

Haremos tambien particular mencion del *eczema del axila*, porque esta variedad se complica á menudo con flemones que supuran y que necesitan la intervencion de medios quirúrgicos.

Debemos tambien señalar el eczema de la cara *dorsal* y de la *palmar* de las manos, el cual se ha designado con el nombre de *eczema manual*. Se distingue por su excesiva frecuencia, y se presenta bajo la influencia de tres causas completamente diferentes:

1.ª Es el resultado de contactos irritantes, de trabajos penosos, de frotamientos prolongados con sustancias sólidas ó líquidas de temperatura baja ó elevada á las que no está habituada la sensibilidad de la piel. Esta es la forma conocida generalmente con el nombre de *sarna de los especieros*; se la encuentra, en efecto, muy frecuentemente en las personas dadas á esta profesion. Se le observa tambien en los fragüeros, cocineros, fogoneros, tintoreros, y en todos los individuos que están expuestos á una accion irritante cualquiera.

2.ª El *eczema manual* es tambien *parasitario*, es decir, que existe como complicacion de la sarna y bajo la influencia de la inflamacion determinada en la piel por la existencia del *accarus*.

3.ª Por último, el *eczema manual* es *herpético*, y en este caso es mucho más tenaz y mucho más rebelde al tratamiento. Tal sucede, en verdad, cuando tiene su asiento en las partes laterales de los dedos, porque entónces su duracion es prolongada por los frotamientos que estas partes efectúan unas con otras y por la irritacion continuada que de ellos resulta.

El *eczema palmar* debe referirse al *eczema plantar*. Estas dos formas ofrecen, en efecto, cierto número de caractéres comunes. En cada una de ellas la lesion primitiva presenta el mismo aspecto, la misma marcha, las mismas dimensiones, es decir, que es mucho más voluminosa que la lesion ordinaria del eczema, y que sigue una marcha mucho más larga. Diremos, en otros términos, que en estas dos variedades del eczema la lesion elemental no está, pues, representada por una *vexícula*, como en las formas comunes de la enfermedad, sino que está constituida por ampollas, es decir, por elevaciones serosas del epidérmis que dan á la lesion cutánea cierto parecido con el *pénfigo*. Esta forma particular de la lesion primitiva se explica por la disposicion de las láminas epidérmicas que reviste la cara palmar de las manos y la plantar de los piés. El espesor de estas láminas, su adherencia, su inextensibilidad, constituyen, en efecto, otros tantos obstáculos que se oponen á la

expansion de la vexícula é impiden se extienda hácia fuera. Detenida en su desarrollo, la vexícula se ve forzada á extenderse bajo el epidérmis que la contiene, y se reune finalmente á las vexículas vecinas, dando lugar á esas anchas flictenas que ofrecen tanta analogía con las ampollas del pénfigo. Estas flictenas necesitan un tiempo bastante largo para formarse; en un momento dado se abren y dejan escapar su contenido, despues desaparecen dejando en pos de sí fisuras profundas y dolorosas. En esta variedad del eczema es donde se observa esa descamacion por placas anchas y espesas semejantes á las placas de la descamacion escarlatinosa.

Mencionaremos tambien, ántes de terminar, el *eczema de las uñas*. Hemos visto ya el psoriasis atacar las uñas y determinar, por las alteraciones que le acompañan, la caida de este órgano. De la misma manera vemos el *eczema ungüicular* traer consigo la pérdida de la uña, pero por un procedimiento inverso al que se verifica en el psoriasis. En éste, por *la extremidad libre*, es decir, por las partes inertes del órgano, por la uña misma, empieza la afeccion; en el eczema las lesiones marchan de las partes vivientes á las inertes, de la matriz y de la lámina dérmica que la envuelve, á la extremidad adherente de la uña. La matriz llega á hacerse eczematosa, se espesa y forma una especie de rodete que eleva la uña y la hace vascular de adelante atras. De la misma manera que en el psoriasis ungüicular, se observa, en el eczema del mismo nombre, una ulceracion profunda del órgano, que privado de sus medios de union y de nutricion, acaba por luxarse y caer completamente. Tales son las variedades que el eczema nos presenta, segun el sitio que ocupa.

Esta nomenclatura tan extensa sería incompleta, no obstante, si no hiciéramos especial mencion del eczema de los *miembros inferiores*. De todas las variedades que acabamos de citar no hay una que sea más frecuente y que tenga, por su sitio, más gravedad que ésta. Hemos descrito en otro lugar el adelgazamiento de la piel, el aspecto reluciente como barnizado, la ten-

dencia á las congestiones pasivas y á las ulceraciones que se observan en los miembros inferiores atacados de *eczema crónico*.

Vamos á entrar ahora en otras fases del estudio de esta enfermedad, que será el asunto de estas lecciones.

LECCION DIEZ.

Eczema.

(Continuacion.)

En nuestras últimas conferencias hemos empezado el estudio del eczema. En la primera parte hemos examinado esta afeccion en su forma más simple y más comun, bajo su aspecto más habitual y más vulgar. Entrando despues más adelante en nuestro objeto, hemos examinado las diferentes variedades que presenta á nuestro estudio; variedades segun la lesion anatómica, segun la configuracion, la gravedad, sitio, etc., etc. Nos queda mucho todavía que decir para acabar la historia de una afeccion, que su importancia y su frecuencia colocan á la cabeza de la dermatología. Hoy vamos á tratar sucesivamente de las complicaciones, de los síntomas y de la duracion del eczema; y cuando hayamos estudiado respectivamente estos diferentes puntos, terminaremos su estudio con consideraciones relativas á su etiología, naturaleza, diagnóstico y tratamiento.

Complicaciones.—Las que pueden sobrevenir en el curso del eczema son de dos especies. Unas son *externas*, superficiales, puramente locales; las otras son *internas*, profundas ó lejanas. Esta distincion es importante y os recomiendo para ella gran atencion, porque en ella descansan los hechos que se encuentran á cada paso en la práctica.

Las complicaciones *externas* son, como su nombre lo indica, complicaciones locales, exteriores, cuya existencia está en relacion con la marcha de las lesiones cutáneas, con su duracion, intensidad y extension. El desarrollo de estas complicaciones

está unido particularmente de una manera estrecha, al período de inflamacion que existe al principio de toda manifestacion eczematosa. Segun que esta inflamacion sea más ó ménos intensa, más ó ménos extensa, más ó ménos tenaz; segun que quede limitada á las capas superficiales de la piel ó que invada las profundas, se verá aparecer tal ó cual género de accidentes cutáneos. En el eczema *idiopático simple*, por ejemplo, es siempre moderada, sub-aguda, pasajera, y durante su corta duracion queda limitada á la parte más superficial de la cubierta cutánea. Pero en ciertas circunstancias el carácter flegmásico de la enfermedad se acentúa más. El elemento inflamatorio parece predominar é imprimir al principio de la enfermedad una forma especial. La lesion elemental no es una *vexícula*, es decir, una elevacion epidérmica formada por un líquido cetrino transparente, sino que toma el carácter de una vexico-pústula, esto es, de una vexícula que ha perdido su limpidez y transparencia y que presenta la forma y el color amarillo de una vexico-pústula. Nos encontramos entónces en presencia de una especie de afeccion mixta, bastarda, que tiene á veces los caractéres del eczema y del impétigo, á la que conviene, en razon de esta situacion intermediaria, el nombre de *eczema impetiginoso*.

Otro órden de complicaciones locales se observa igualmente en el período agudo del eczema, cuando la inflamacion que marca este período se extiende más allá de sus límites ordinarios y se propaga á los tejidos que rodean su punto de partida, ya en superficie, ya en profundidad. En el primer caso, son estas complicaciones erisipelas y linfagitis que aparecen alrededor de la region atacada, y en una extension á veces muy grande, en medio del cortejo de sus síntomas habituales. En el segundo caso son flemones, abscesos más ó ménos vastos, que nacen por la influencia de la irritacion cutánea; los flemones, los abscesos, se encuentran lo más frecuente en las regiones donde la piel fina, delgada y reforzada por un tejido conjuntivo abundante y laminoso, presenta reunidas en alto

grado las condiciones que favorecen la supuracion, como, por ejemplo, la axila.

Erisipelas, flemones, linfagitis, tales son las complicaciones *externas* más frecuentes del eczema.

Pero las complicaciones que más importa conocer, las que merecen llamar toda la atencion del médico en razon de su frecuencia, su carácter insidioso, su notable gravedad, son las que hemos designado con el nombre de complicaciones *internas* ó *lejanas*. Ninguno de los aparatos esplánicos están al abrigo de ellas. Pueden atacar el cerebro, el aparato respiratorio y el digestivo. Por parte del cerebro se manifiestan principalmente bajo la forma de meningitis, de hemorragia, de encefalitis; de parte de los pulmones, bajo la forma de congestion, catarro sofocante, pulmonía; por parte del aparato digestivo, toma la forma de síntomas muy variados: dispepsia, vómitos, diarrea, etc. Estas diversas metástasis, tan diferentes en la apariencia, reconocen un fondo, un orígen comun: la supresion de un flujo morboso que había llegado á ser necesario á la economía.

Digamos, no obstante, que las retrocesiones viscerales del eczema no son siempre tan graves, ni tan mortales como las que acabamos de enumerar. El catarro sofocante, la neumonía, son afortunadamente excepciones. Ordinariamente es bajo la forma de afecciones, más curables ó más lentas en su marcha: asma, bronquitis crónica, como se manifiestan las retrocesiones eczematosas. A veces, sin embargo, la tuberculosis pulmonar y el cáncer parecen ser su consecuencia. Estos hechos tan interesantes encuentran su explicacion en la ley de equilibrio que rige las relaciones recíprocas de las mucosas y la piel, y en la solidaridad fisiológica que une entre sí estas dos especies de membranas.

Duracion.—La duracion del eczema no puede determinarse de una manera rigurosa y precisa, á no ser que se considere de una manera general. Es necesario tener presente la variedad y multiplicidad de formas que es susceptible de adoptar.

El eczema *simple*, *idiopático* dura de uno á dos setenarios; el eczema *rubrum*, de quince á veinte dias. El eczema *fluente* presenta una duracion más larga, y que varía segun la forma de la enfermedad. Cuando ésta es simple, localizada; cuando sigue su curso sin complicaciones, puede esperarse la curacion al cabo de veinte ó treinta dias; pero cuando está generalizada y acompañada de fenómenos generales, en relacion con su gravedad y su extension, y particularmente cuando se manifiesta por una hipersecrecion morbosa abundante, continuada, excesiva, que se renueva sin cesar, y que parece no agotarse, su duracion es entónces muy larga, y frustra todos los pronósticos. Este predominio del fenómeno de hipersecrecion cutánea imprime una gravedad particular á la enfermedad. La muerte es, en ciertas ocasiones, el resultado, como lo prueba el ejemplo de un enfermo observado recientemente en nuestra clínica. El enfermo á que aludimos, entró en nuestras salas á consecuencia de un eczema fluente generalizado, el cual padecía por primera vez. La secrecion morbosa cutánea era tan abundante en este enfermo, que acarreó en poco tiempo un estado extremo de demacracion. Ni el empleo de los medios tónicos y reconstituyentes, ni el recurso de una buena alimentacion, pudieron triunfar de este empobrecimiento, que debía terminar por la muerte. Ved, por este ejemplo, qué reservas conviene tener cuando le juzguemos ya bajo el punto de vista de su duracion, ya bajo el de su pronóstico.

Es necesario tener en cuenta igualmente cuando se considera la duracion ó la terminacion probable de la enfermedad, la posibilidad de las metástasis viscerales que hemos señalado en el capítulo de las complicaciones; metástasis tardías, pero siempre graves y dignas por consiguiente de ocupar la atencion y la vigilancia del médico. Es necesario tener en cuenta, por último, las modificaciones que el eczema crónico acarrea en la estructura de los tejidos y las alteraciones que deja en pos de sí. Hemos descrito ya estas alteraciones; hemos insistido en el adelgazamiento, aspecto reluciente y como barnizado de la piel, en

la pérdida de la elasticidad y de la flexibilidad naturales de esta membrana tegumentaria. Si hemos vuelto á insistir en este asunto, es porque os quiero hacer comprender su importancia, y porque os penetreis de la utilidad que tienen para vosotros estos diferentes modos de terminar el eczema.

Síntomas.—Los síntomas del eczema varían con la enfermedad, con su intensidad, con su extension, con su sitio. La etimología de la palabra eczema (ἐκζεῖν, hervir, quemar), se refiere á esa sensacion de quemadura, de escozor, que representa uno de sus síntomas principales y característicos. Así es que en el período que empieza, en el momento de su aparicion, es cuando la sensacion es más marcada. Su intensidad crece más con la agudeza inflamatoria de la enfermedad: por esto es más pronunciada en ciertas formas, en el *eczema rubrum*, por ejemplo, y de una manera general en todos aquellos casos en que presenta un período agudo muy acentuado. Es poco frecuente que este síntoma persista despues del primer período. Entónces es reemplazado por la sensacion de comezon y de prurito que constituye un verdadero tormento para los enfermos y que les obliga á rascarse y á verificar maniobras funestas. El período agudo del eczema se acompaña á veces de fiebre, fiebre ligera é insignificante en la mayoría de casos y que sólo adquiere cierta intensidad en la forma, poco comun, llamada *eczema rubrum*. El eczema se acompaña tambien en ciertas circunstancias de trastornos funcionales diversos y cuya naturaleza varía con la extension, la duracion y particularmente, con el sitio de las lesiones cutáneas. No podemos examinarlos aquí, porque sería repetir lo que hemos expuesto ya en otra parte de este estudio, cuando describimos el eczema de los párpados, de la boca, de las mamas, de los órganos genitales, etc. No insistiremos más en los síntomas *locales*, cuya historia se confunde en parte con la de la marcha y evolucion de las lesiones cutáneas. Sería difícil, por otra parte, reunir todos estos síntomas en una descripcion comun, poseyendo cada variedad del eczema una marcha y una fisonomía que le son propias.

LECCION ONCE.

Eczema.

(Continuacion.)

Naturaleza del eczema.—Vamos á ocuparnos ahora de una cuestion delicada y llena de dificultades, cual es la naturaleza del ezcema. Las divergencias de las doctrinas que separan en este asunto á los dermatólogos, no son hechos para confiar mucho en los que creen poseer sobre aquél datos precisos. Cierto número de autores, á la cabeza de los que se coloca M. Hardy, consideran el eczema como siendo siempre y en todos los casos la expresion de diátesis *herpética*. Las causas llamadas locales ú ocasionales ejercen cierta influencia sobre el desarrollo de esta afeccion; pero una influencia puramente accidental. Sirven, como se ve, de pretexto al desarrollo del eczema, pero no pueden por sí solas y sin intervencion del principio herpético, determinar su aparicion. Otra es la opinion de M. Bazin y de sus discípulos con respecto á la etiología del eczema. Esta afeccion puede desarrollarse en condiciones múltiples y muy diferentes, que pueden referirse á dos puntos principales: 1.° estado *idiopático*; 2.° estado *sintomático*.

El eczema *idiopático* es el que se refiere á una causa local directa, cuya accion está naturalmente limitada. Esta causa consiste, por lo general, en el contacto más ó ménos prolongado de sustancias irritantes. Tal es el eczema de las profesiones manuales y particularmente el que se ha designado con el nombre impropio de *sarna de los especieros*.

El *eczema sintomático* puede ser *parasitario* ó *diatésico*. El

orígen parasitario no podría ser comprobado en presencia de los hechos que nos suministra cada dia la observacion clínica. El eczema se muestra como una de las complicaciones habituales de diferentes afecciones que reconocen por causa la presencia de un elemento parasitario, ya de parásitos vegetales: favus tricófites, sicosis; ya de parásitos animales: sarna, enfermedad pedicular. En cuanto á lo que concierne á la influencia de las diátesis en el desarrollo del eczema, es preciso convenir que M. Bazin y sus discípulos han ensanchado el campo en su más vasta proporcion. Muy léjos de monopolizar la influencia diatésica en favor del herpetismo, estos autores admiten otros vicios constitucionales, la *escrófula*, la *artritis*, como susceptibles de engendrar manifestaciones eczematosas.

En cuanto á nosotros, admitimos un eczema idiopático ó de causa externa, sin diátesis herpética, y un eczema sintomático del herpes y de parásitos vegetales y animales, pero no admitimos un eczema *escrofuloso:* no reconocemos, pues, el eczema como una de las manifestaciones de la escrófula.

Diagnóstico.—Antes de abordar la cuestion del diagnóstico, recordaremos el principio de que para llegar al conocimiento de una afeccion cutánea, es necesario determinar su naturaleza y el género á que pertenece. Para llegar á adquirir esta doble nocion, fundamento indispensable de un diagnóstico racional, es necesario apoyarse en los caractéres que presentan las lesiones cutáneas. Y cuando se ha estudiado el conjunto de estos caractéres, necesarios para la determinacion del género, es preciso tratar tambien de evitar las causas de error, que pueden resultar de la semejanza que presenta la afeccion que tenemos á la vista, con otras afecciones similares.

Pero los caractéres que pueden servir para distinguir el eczema, ya en su primer período, ya en los períodos ulteriores, se encuentra, si bien es verdad, bastante incompletos en algunas otras afecciones, entre las cuales citaremos la *miliar*, el *herpes* y el *impétigo*.

La *miliar* es una afeccion poco frecuente que sobreviene á

consecuencia de estados morbosos diversos y que empieza por vexículas pequeñas, redondeadas, transparentes, de una duracion de uno á tres dias, marchitándose y desecándose sin dejar despues ulceracion ni secrecion alguna.

El *herpes* es una afeccion aguda, casi siempre consecutiva á un estado febril y en la que se encuentran vexículas anchas, aplastadas, reunidas en grupo, elevadas en un fondo rojo, transparentes, más voluminosas que las del eczema y de una duracion mucho más larga, no dejando tras sí sino una costra amarillenta ó negruzca, bajo la cual no se produce secrecion alguna.

Se distinguirá igualmente el eczema del *impétigo*, por los caractéres que diferencian las lesiones primitivas de estas dos afecciones.

El diagnóstico podrá, sin embargo, ofrecer algunas dificultades cuando se encuentra en presencia de esas formas mixtas que tienen, asociados y confundidos, los caractéres del eczema y del impétigo, y que se ha designado por esta razon con el nombre de *eczema impetiginoso*. Cierta semejanza entre lesiones del tercer período del eczema, período de ulceracion y de costras, y las del período correspondiente del impétigo, llegará tambien á ser, en ciertos casos, una causa de error y de dificultad para el diagnóstico. Pero la presencia de una secrecion amarillenta, brillante, flegmonosa en la superficie del dérmis, si se trata del impétigo, y por otra parte el espesor, la forma angulosa y el color que caracterizan las costras de éste, bastarán para distinguir esta afeccion del eczema.

Resulta, pues, de este estudio comparativo que la determinacion del género de la enfermedad deberá apoyarse principalmente en los caractéres de las lesiones cutáneas y el conocimiento exacto de estos caractéres, serán la única medida que suministrará los elementos de un diagnóstico cierto.

Diagnóstico de la naturaleza.—Despues de haber establecido el diagnóstico del género, si se trata de establecer á su vez el diagnóstico de la naturaleza de una afeccion cutánea, se

ve que entónces es necesario apoyarse en el estudio minucioso de los caractéres propios de esta afeccion. Es necesario tener en cuenta su extension, su configuracion, su forma, su sitio, sus síntomas y su duracion. Cuando el eczema es idiopático, simple, producido por la accion directa y limitada de una causa local, tal como el contacto más ó ménos prolongado de una sustancia irritante, entónces las lesiones estarán bien limitadas, representarán bien, por la extension y la configuracion, el campo de accion de la causa que le ha dado orígen, y será imposible desconocer éste y asignarle una paternidad distinta de la que le pertenece. Y lo mismo sucede en la mayor parte de los casos de eczemas profesionales, y en particular de esa variedad que se ha designado con el nombre de *sarna de los especieros*. Localizacion, falta de simetría, ausencia de generalizacion, curabilidad fácil; tales son, en efecto, los caractéres del eczema *idiopático*.

El eczema *sintomático* se distinguirá del precedente por la variedad y la complexidad de los caractéres que le son propios; variedad y complexidad cuya razon de ser reside en la diversidad de causas que pueden provocar su desarrollo. El eczema *parasitario*, por ejemplo, se distingue fácilmente del eczema de naturaleza *herpética*. El orígen parasitario se reconoce en el sitio de la afeccion, en su distribucion, en su coexistencia con otras lesiones cutáneas. Así es que en el eczema sintomático de la presencia de *acarus*, las vexículas, léjos de ser distribuidas al azar, estarán repartidas, por el contrario, en ciertos sitios de eleccion, como en los espacios interdigitales, en el pliegue de la muñeca, en la pared anterior del abdómen y en los órganos genitales. Estarán además mezcladas á las lesiones pertenecientes á géneros diferentes, como á las pápulas del prurigo y á las pústulas del ectima.

El eczema *pedicular* se manifiesta en las regiones que son el sitio de preferencia del parásito, es decir, en las partes provistas de apéndices pilosos, en el cuero cabelludo y en el triángulo suprapubiano. Si se trata de parásitos vegetales, favus,

tricofites, mentagra, se verá igualmente sobrevenir el eczema, como manifestacion directa de la influencia irritante ejercida por estos parásitos ó como complicacion unesta de las afecciones desarrolladas anteriormente bajo esta misma influencia.

El orígen diatésico se afirmará por el conjunto de los caractéres que revelan tal ó cual principio diatésico. Así, pues, se reconocerá el eczema de orígen *herpético* por su extension, por su generalizacion, por su simetría casi siempre perfecta, por su larga duracion, por la frecuencia de sus recidivas, por la viveza y persistencia de las comezones de que va acompañado y por la resistencia que presenta á dejarse influir por los medios terapéuticos.

El eczema *escrofuloso* se distinguirá por su predileccion marcada por la juventud, por su asiento habitual en la cara y cuero cabelludo, por su indolencia, por la abundancia de la secrecion que le acompaña, por el infarto de los glanglios correspondientes y por la coexistencia de otras manifestaciones escrofulosas.

Por último, el eczema *artrítico* se reconocerá por su localizacion, por su predileccion á la forma *nummular*, por su coloracion subida, por la ausencia de picazon y por la frecuencia de sus recidivas.

No diremos más del eczema escrofuloso y del artrítico, cuyos caractéres no son bastante marcados para determinar nuestra conviccion. Pero no terminaremos sin insistir particularmente en el eczema herpético, que es de todas las formas del eczema la que tiene caractéres más decisivos y mejor trazados.

LECCION DOCE.

Eczema.

(Continuacion y fin.)

Pronóstico.—Es difícil establecer reglas generales con respecto al *pronóstico* del eczema. La gravedad de esta afeccion está subordinada á una multitud de circunstancias: varía segun la forma de la enfermedad, su sitio y su naturaleza. Así, pues, el eczema simple idiopático es una afeccion esencialmente benigna y pasajera, miéntras que el eczema herpético es con frecuencia desesperante por su tenacidad, por la lentitud de su marcha, por su tendencia á la generalizacion y por la frecuencia de sus recidivas. De la misma manera, el *eczema rubrum* constituye comunmente una afeccion sin gravedad, á pesar de la intensidad de la reaccion general que determina á veces, miéntras que el *eczema fluente*, en razon de la extension que es susceptible de adquirir y del abatimiento de fuerzas en que sume á los enfermos, conduce generalmente á un pronóstico serio.

En ciertos casos, la gravedad de la enfermedad depende del sitio que ocúpa. Tal sucede con el eczema de las partes genitales en la mujer, afeccion que llega á ser frecuentemente el orígen de inconvenientes serios á consecuencia de las evacuaciones abundantes á que da lugar, de las comezones persistentes, y á veces tan penosas, de que se acompaña, y de los hábitos de onanismo de que es muy frecuentemente el punto de partida.

Citaremos tambien el *eczema de los miembros inferiores* como una afeccion séria y particularmente digna de llamar la

atencion del médico. No es infrecuente ver esta variedad del eczema ser rebelde á todo tratamiento y eternizarse en el lugar que ocupa. No es raro tampoco verle acompañarse de úlceras tenaces y de tendencias manifiestamente invasoras. Por último, es necesario tener en cuenta las alteraciones que trae consigo en la estructura de la piel y la predisposicion funesta que crea hasta cierto punto para recidivas ulteriores. Se ve, por lo expuesto, cuán numerosas y diversas circunstancias pueden hacer variar el pronóstico del eczema.

Tratamiento.—Llegamos ahora á una cuestion delicada y compleja, al tratamiento del eczema. Cuestion delicada en efecto, porque supone el conocimiento exacto y completo de la enfermedad, de sus causas y de su naturaleza. Esta nocion de la enfermedad se impone como una necesidad, porque sólo ella permite llenar bien las indicaciones y escoger los medios que conviene. Las indicaciones son de dos especies: unas se dirigen al estado local, á la lesion cutánea misma; otras se encaminan al principio diatésico, á la causa interna de que esta lesion puede ser manifestacion exterior.

De aquí una doble serie de medios, de los cuales unos deben ser dirigidos contra el estado local, otros contra la disposicion morbosa que sostiene la enfermedad. Los medios locales convienen particularmente en el primer período del eczema, cuando esta afeccion se halla en su fase de erupcion, y cuando existen fenómenos francamente inflamatorios. La medicacion *antiflogística* llena entónces una indicacion formal con exclusion de toda otra. Esta medicacion consistirá especialmente en aplicaciones emolientes, compresas tibias y cataplasmas de fécula.

Este último medio presta tan grandes servicios, que ha llegado á ser de uso corriente en el hospital de San Luis; pero es preciso continuar su empleo con perseverancia hasta tanto que se vea recoger los resultados que de ella se esperan. Además es necesario tener cuidado de hacer sufrir á la fécula una coccion suficiente para que forme una pasta homogénea y fácil de

manejar. Pero las cataplasmas son de un empleo difícil y hasta imposible cuando el eczema está generalizado, á causa de esta misma extension y de la conformacion de ciertas regiones. Se las puede entónces sustituir con ventaja por la envoltura de cautchuc vulcanizado, medio excelente y cuya aplicacion nunca os recomendaré lo bastante.

Esta envoltura tiene por objeto sustraer las partes enfermas del contacto del aire y rodearlas de una atmósfera siempre húmeda y de una temperatura casi constante. Este objeto es realizable completamente, gracias á la impermeabilidad de la envoltura, que condensa en su cara interna los productos de la perspiracion cutánea, y constituye así una especie de baño permanente muy favorable á la curacion. La aplicacion de este aparato deberá durar veinticuatro horas. Transcurrido este tiempo se le reemplazará por otro semejante seco, cuya aplicacion no se reitera sino despues de haberle dado un lavatorio suficiente. Recomendamos igualmente como muy eficaz el uso de los baños simples y almidonados.

En el período de ulceracion, de exudacion y de costras se espolvorearán las partes con polvos inertes de almidon, de licopodio, de madera vieja, etc. Hemos pasado en silencio, á propósito, una multitud de medicamentos y de agentes farmacológicos que han sido empleados siempre en la terapéutica del eczema. Todas estas invenciones son producto del empirismo, así que serán descartados formalmente en nuestra terapéutica.

Combatiremos particularmente de la manera más absoluta el empleo de pomadas, de ungüentos y en general de todas las sustancias que son susceptibles de sufrir la fermentacion ácida al contacto del aire. La aplicacion de estas sustancias, llegando á ser irritante, puede acarrear resultados deplorables en una afeccion que reclama ante todo la medicacion antiflogística. Mas por racionales que sean los medios que se dirigen contra el estado local, no podrían asegurar la curacion de la enfermedad, no siendo secundados por la medicacion *interna* destinada ya á combatir un estado desfavorable de las vías digesti-

vas, ya á combatir el vicio diatésico que sostiene la afeccion cutánea. Así pues, cuando se observan los síntomas de un estado saburral del aparato digestivo, cuando hay anorexia, constipacion, cuando la lengua está cargada ó biliosa, están entónces indicados los derivativos intestinales y preferentemente de los medicamentos purgantes. Los purgantes deberán ser administrados, fuera del estado saburral, cuando se quiera provocar una derivacion más ó ménos enérgica y duradera en el tubo intestinal, y disminuir así el estado flegmásico de la piel. Si la enfermedad se acompaña de una secrecion morbosa excesiva, se tratará de combatir por todos los medios posibles el aniquilamiento, que será su consecuencia. Se prescribirá una alimentacion reparadora, vinos generosos de Burdeos (1) y vino de quina. Si se trata de un eczema de forma crónica complicado con líquen, se procurará prevenir esta alteracion particular de la piel, esta induracion, este espesamiento, este estado córneo y como paquidérmico que resulta de la larga duracion de la enfermedad. Se emplearán en el principio baños de vapor y baños al hidrófero. Se recurrirá especialmente á las aplicaciones modificadoras variadas, á las pinceladas con la tintura de yodo ó con el aceite de enebro puro. Estos medios tendrán por efecto resucitar la vitalidad de la piel, provocar la vuelta de las secreciones que le son propias, y particularmente destruir las costras epidérmicas espesas que arrebatan á la membrana tegumentaria su aspecto y su finura, al mismo tiempo que sus propiedades normales.

Por último, si la afeccion cutánea es la expresion de un principio diatésico, se deberán dirigir contra este principio los esfuerzos de la terapéutica. No podrá esperarse la curacion completa en tanto que no se haya combatido el vicio constitucional que preside al desarrollo de la enfermedad. Segun que sea de naturaleza *herpética*, *escrofulosa* ó *artrítica*, habrá que recurrir á tal ó cual género de medicacion interna.

---

(1) O de Málaga.

El eczema herpético reclamará particularmente el empleo del *arsénico*, medicamento que puede ser considerado como el agente curativo por excelencia de las afecciones de naturaleza herpética. El arsénico convendrá, en el último período del eczema, cuando el estado flegmásico de la piel haya desaparecido; pero deberá evitarse con cuidado en el período agudo, en el que se acompaña de una reaccion inflamatoria pronunciada, si no se quiere provocar una exacerbacion marcada en los fenómenos del estado local. El modo de administracion variará desde luégo, segun las indicaciones.

En nuestra práctica damos la preferencia al arseniato sódico, porque es de todos los arseniatos el más asimilable y el más soluble. Le administramos ya bajo la forma pilular, ya en disolucion. Os recomiendo con el mayor gusto, para píldoras, la fórmula siguiente:

Arseniato sódico.....	1 milígramo.
Extracto de genciana.....	10 centígramos.

para cada píldora.

Cada píldora debe ser tomada á la hora de las comidas, porque es más conveniente para la administracion de los medicamentos antidiatésicos. Tenemos la costumbre de empezar por dos píldoras solamente en cada una de las tres comidas, luégo aumentamos progresivamente hasta que hemos llegado á cuatro píldoras en cada comida, haciendo tomar una dósis de 12 milígramos por dia.

Cuando empleamos el arseniato de sosa en disolucion, damos la composicion siguiente:

Agua destilada.....	500 gramos.
Arseniato sódico.....	10 centígramos.

El enfermo toma una cucharada de sopa de esta solucion en cada una de las tres comidas. Se puede aumentar un poco esta dósis hasta prescribir cucharada y media.

Es necesario no olvidar que el uso de los arsenicales debe

ser continuado con perseverancia si se quieren obtener los resultados que deben esperarse. Cuando el eczema se presenta en un individuo *escrofuloso*, la indicacion principal es combatir el principio estrumoso. El vino de quina, los amargos, las preparaciones ferruginosas, el aceite de hígado de bacalao, encuentran aquí su empleo suficientemente justificado. Pero cuando el eczema reconoce un orígen parasitario, en el tratamiento local es donde se debe esperar la curacion de la enfermedad. La primera indicacion es buscar la eliminacion del parásito causa primera de la afeccion cutánea. Se escogerá al principio, entre los numerosos agentes parasiticidas, el que parezca indicado por la naturaleza misma del parásito. Cuando su eliminacion sea completa, se verán desaparecer en seguida los accidentes cutáneos, cuya presencia había favorecido el desarrollo. Para lograr esta desaparicion, las aplicaciones emolientes, y especialmente las cataplasmas de fécula de patatas, perfectamente cocida, reducida á jalea homogénea, serán empleadas con utilidad.

LECCION TRECE.

Impétigo.

SEÑORES:

Vamos á consagrar nuestra conferencia de hoy al estudio del impétigo; pero ántes de comenzar este estudio debo preveniros que encierra numerosas dificultades. Estas dificultades nacen de que el impétigo ha sido considerado bajo diversos puntos de vista por los autores modernos. Para convenceros de esto, examinad cualquiera de los tratados de dermatología publicados en estos últimos años, y vereis que el impétigo es considerado ya como una afeccion desprovista de individualidad propia, como una variedad, una simple manera de ser del eczema; ya desposeido de los caractéres que le pertenecen y bajo las formas desconocidas que le revisten, incorporado á la fuerza en el cuadro de las manifestaciones sintomáticas de la sífilis y de la escrófula. Ved, señores, qué gran divergencia existe entre estas doctrinas y cuánta reserva nos impone en la expresion de nuestro propio juicio.

Las dos opiniones que acabamos de exponer han tenido cada una su representante en este hospital. M. Bazin, mirando esta afeccion bajo el punto de vista de su naturaleza y de sus orígenes sintomáticos, ha multiplicado, como á placer, el número de las variedades que es susceptible de presentar y ha llevado muy allá la clasificacion de sus formas, atribuyéndole un valor semiológico que en realidad está léjos de presentar. M. Hardy, procediendo á la inversa, ha circunscrito en límites mucho más estrechos el dominio del impétigo. Llega hasta rechazarle

el título de entidad morbosa, considerándole como una simple manera de ser del eczema. Esta es una opinion inaceptable y á la que trataremos de hacer justicia cuando estudiemos la naturaleza del impétigo. Pero ántes de lanzarnos á este exámen crítico, nos parece necesario dar una definicion de la enfermedad y exponer el conjunto y la marcha de sus síntomas.

Definicion.—Definiremos el impétigo: una afeccion cutánea caracterizada por la existencia de pústulas pequeñas aguzadas, confluentes, elevadas en superficies eritematosas más ó ménos vastas, pasajeras, esencialmente fugaces, que segregan un pus que continúa formándose, áun despues de su desaparicion, por las superficies ulceradas que le suceden y que dan lugar á costras húmedas, salientes, duras, amarillas, que ofrecen el color de la miel ó de la mermelada de albaricoques. Esta definicion presenta la ventaja incontestable de reunir de una manera completa el conjunto de los caractéres del impétigo. Esta afeccion no se presenta en todos los casos con síntomas idénticos: así es que describiremos desde luégo su forma habitual, y si así puede decirse, regular. Creemos preciso admitir en esta descripcion la existencia de cuatro períodos bien distintos, que corresponden á otras tantas fases sucesivas de la enfermedad.

Marcha y desarrollo del impétigo.—*El primer período*, ó período prodrómico, está marcado por cierto número de accidentes que preceden á la invasion del mal. Estos accidentes son, por lo general, muy manifiestos: un poco de laxitud, de malestar, cefalalgia y algunos trastornos gástricos, es lo que se observa en los casos ordinarios.

El *segundo período*, período de erupcion, está constituido por la evolucion de la lesion elemental. Pero ésta va precedida de la aparicion de anchas placas rojizas, verdadera congestion de la piel, congestion eritematosa, esencialmente activa, inflamatoria, exantemática. Al cabo de un tiempo muy variable, pero que no excede de algunas horas, se ve aparecer una erupcion formada de pústulas pequeñas, opacas, amarillas, aguzadas, confluentes, que se rompen despues de algunas horas, de-

jando tras sí un humor espeso, amarillento y de apariencia flegmonosa.

El *tercer período* empieza por la rotura y desaparicion de las pústulas. Está caracterizado por la existencia de ulceraciones pequeñas, superficiales, circunscritas, de bordes biselados, no cortados á pico y desiguales, ulceraciones que llegan á ser el punto de partida de una secrecion análoga á la de la pústula que le ha dado orígen. El producto de esta secrecion es un líquido amarillento, viscoso, que da lugar á costras amarillas, húmedas, brillantes, cuyo color y aspecto ha descrito pintorescamente Alibert con esta expresion que se ha hecho clásica: *melitagra flavescens*.

El espesor de estas costras, su humedad, su aspecto anguloso, su elevacion, las ha hecho comparar, por Willan, á las estalactitas. Su coloracion cambia por el tiempo, y llega á hacerse gris ó negruzca cuando ha sido modificada por el contacto del polvo atmosférico.

El *cuarto período*, período de *desecacion*, está marcado por la caida de las costras, la cicatrizacion de las ulceraciones y la desaparicion gradual y bien pronto definitiva de la secrecion morbosa. A medida que las costras se desprenden y desaparecen, el trabajo de reparacion se manifiesta, y pronto nada queda de las ulceraciones que habian sucedido á la rotura de las pústulas. Las superficies enfermas se detergen poco á poco y vuelven progresivamente á su estado normal; tal es, al ménos, la marcha seguida en la mayoría de los casos por las lesiones cutáneas: tal es tambien la terminacion habitual de la enfermedad. El impétigo es, pues, una afeccion de marcha regular, cíclica, y que presenta una gran analogía con las *fiebres eruptivas*. No podemos evadirnos de hacer resaltar, bajo este concepto, las diferencias profundas que separan el impétigo del eczema.

En el curso del eczema se observan con frecuencia exacerbaciones que vienen á interrumpir la marcha natural de la enfermedad, y que la vuelven, por decirlo así, al estado agudo.

Nada más frecuente que estas exacerbaciones, que estas recrudescencias en el curso de ciertas formas del eczema, y particularmente en el eczema de naturaleza *herpética*.

Es un hecho excepcional observar irregularidades semejantes en el curso del impétigo; fuera de los cuatro períodos que hemos descrito, nada viene de ordinario á turbar la marcha de la enfermedad; nada se opone á su evolucion regular y á su terminacion siempre benigna. Si además comparamos estas dos afecciones bajo el punto de vista de su duracion, encontraremos entre ellas una diferencia no ménos considerable. Ciertas formas del eczema, el fluente, por ejemplo, constituyen una enfermedad larga, tenaz, rebelde, de una duracion indefinida y refractaria á todos los pronósticos. El impétigo es notable, por el contrario, por la rapidez y brevedad de su evolucion, como tambien por la regularidad y enlace de sus síntomas. El eczema se acompaña con frecuencia de una hipersecrecion morbosa, abundantemente excesiva, que, cuando es muy prolongada, puede conducir á los enfermos á un estado de empobrecimiento bastante grave, para ser mortal. El impétigo no ofrece, sino excepcionalmente, esta persistencia prolongada del fenómeno morboso de la secrecion cutánea. Por otra parte, nunca esta secrecion adquiere la importancia y la gravedad pronóstica que la que presenta en la forma del eczema llamado fluente. Estas dos afecciones se distinguen, no sólo por su marcha, duracion y síntomas, sino que presentan tambien otras diferencias importantes, en las cuales nos detendremos cuando tratemos del diagnóstico del impétigo.

Variedades.—Vamos ahora á ocuparnos de las principales variedades que el impétigo ofrece á nuestra consideracion. Variedad en la lesion elemental, en la configuracion y en el aspecto exterior. La variedad, segun la lesion anatómica, corresponde á esa afeccion mixta, que se ha designado con el nombre de eczema *impetiginoso*; descansa en las modificaciones de forma y de aspecto de la lesion elemental, que se manifiesta á la vez revestida de los atributos de la lesion ini-

cial del impétigo y de los del eczema; da á la enfermedad una forma mixta, que corresponde muy bien á la denominacion de *eczema impetiginoso*, con la cual se ha designado, porque reproduce en su mezcla los caractéres reunidos del eczema y del impétigo; las costras, por su color, pertenecen al impétigo, pero se refieren al eczema por su poco espesor.

Las variedades, segun la configuracion y aspecto exterior, han recibido diferentes nombres. El impétigo *larvalis* ó *figurata*, está constituido por placas pustulosas, redondeadas ú ovaladas, que se asientan con preferencia en la cara: cuando estas placas son anchas y numerosas, cubren la cara de una capa espesa que simula un verdadero antifaz. El impétigo *sparsa* está caracterizado por la existencia de grupos aislados, esparcidos y distribuidos al acaso en la extension de la superficie cutánea. Tenemos en este momento un notable ejemplar de esta variedad del impétigo en uno de nuestros enfermos de la sala de Enrique IV. El impétigo *erisipelatodes* es una variedad muy poco comun, en la cual se observa una coloracion roja, de un tinte erisipelatoso y de bordes salientes, limitando claramente las partes enfermas.

Esta variedad presenta cierta analogía con la erisipela; analogía, que es completa, por la intensidad de los fenómenos generales de que se acompaña: agitacion, fiebre, delirio; á veces, síntomas de una verdadera meningitis. La fortuna nos depara hoy la ocasion de estudiar un caso interesante en uno de nuestros enfermos de la sala de Enrique IV. El impétigo *scabida* toma su nombre de la coloracion gris y negruzca, y del estado resquebrajado y rugoso de sus costras, muy semejantes á las placas del líquen parasitario que se desarrollan en la corteza de ciertos árboles. Las variedades que acabamos de citar son, desde luégo, las únicas realmente importantes y que debemos conocer.

Síntomas.—Los síntomas del impétigo son de dos especies: unos *generales* y otros *locales*. Los síntomas generales presentan una intensidad variable, segun la forma ó extension de

la enfermedad. En general son poco pronunciados, á no ser en ciertas variedades notables por el predominio del elemento flegmásico; en el impétigo *larvalis*, ó sobre todo, en el impétigo *erisipelatodes*, es donde adquieren una marcada agudeza. Generalmente aparecen al principio de la afeccion, ántes de toda manifestacion local. Los enfermos experimentan cefalalgia, laxitud, malestar, existiendo al mismo tiempo un estado saburral de las vías digestivas. La erupcion se manifiesta desde luégo bajo la forma de manchas eritematosas, anchas, irregulares, cuya aparicion se acompaña de una sensacion de calor, de comezon y de escozor. Bien pronto se ve elevarse en la superficie de las placas rojas una multitud de pústulas pequeñas, aguzadas, confluentes, amarillentas, reunidas en grupos y diseminadas en una extension más ó ménos vasta. Estas pústulas tienen una existencia efímera; al cabo de algunas horas de duracion, se rompen, se deprimen y desaparecen. No es infrecuente observar, durante el período de erupcion, insomnio, agitacion y fiebre. Despues de la desaparicion de las pústulas queda una especie de humor amarillento, espeso, flegmonoso, que se concreta al contacto del aire, y da lugar á la formacion de costras angulosas, húmedas, duras, cuyo color amarillo de miel y su tinte brillante, han valido á la enfermedad el nombre de *melitagra flavescens*, con el cual la designaba Alibert.

Estas costras cubren, bajo su espesor, ulceraciones múltiples, superficiales, en cuya superficie se elabora una secrecion morbosa, semejante á la de las pústulas que le han dado orígen. La caida de las costras es generalmente indicio de la curacion próxima del impétigo. Sobreviene en una época variable, que no se hace aguardar mucho; al mismo tiempo se observa la cicatrizacion de las ulceraciones y la vuelta progresiva de las superficies enfermas al estado normal. Bien pronto nada queda, como vestigio de la afeccion cutánea, más que un tinte rojizo ú oscuro que desaparece, á su vez, sin dejar en pos de sí cicatriz alguna.

LECCION CATORCE.

Impétigo.

(Continuacion.)

Naturaleza del impétigo.—Una de las cuestiones más delicadas de la historia del impétigo, es aquella que se refiere á su naturaleza. Cuando se trata de adquirir sobre este punto nociones precisas, se ven desgraciadamente opiniones contradictorias, y tanto más difíciles de combatir, cuanto que emanan de hombres célebres, cuyas doctrinas son autoridad en materia de dermatología. Los unos, en efecto, quieren hasta negar la individualidad de la enfermedad, miéntras que otros le atribuyen una variedad de síntomas y de formas que la hacen verdaderamente desconocida. Admitiremos, sin embargo, como fundados en caractéres reales, la division del impétigo en *idiopático* y *sintomático*.

El impétigo *idiopático* constituye una afeccion simple, francamente aguda, conforme en todos sus puntos con el cuadro que hemos dado hace poco. Es debido, ya á la accion de una causa local, ó al contacto de sustancias irritantes. Podremos citar, como tipo de este género de afeccion, el impétigo *artificial*, que producimos á voluntad con las aplicaciones de la pomada de bi-yoduro de mercurio. Ya le llamemos impétigo estacional, porque reconoce por causa la influencia de los cambios ó modificaciones del medio climatérico; ya, en fin, resulte de un estado general especial, de una verdadera pirexia, especie de fiebre esencial, á la que podemos dar el nombre de *fiebre impetiginosa*.

El impétigo es *sintomático*, cuando se refiere á la existencia de un vicio constitucional, ó cuando es debido á la accion irritante de un elemento parasitario. El impétigo *parasitario* es frecuente; es el que acompaña, casi de obligacion, á la sarna y pitiriasis; y en el órden de los parásitos vegetales, al favus, tricófites y mentagra. Cuando está unido á la presencia del acarus, afecta de preferencia ciertas regiones, como los espacios interdigitales, la cara palmar de la muñeca y la parte anterior del abdómen; además coexiste ordinariamente con lesiones de géneros diferentes, con pápulas de prurigo y con pústulas de ectima.

En la pitiriasis, esta afeccion tan frecuente en las personas que descuidan las prescripciones elementales de la higiene, el impétigo viene con frecuencia á complicar el elemento parasitario. Ocupa entónces, de preferencia, las partes que sirven de abrigo al parásito, como el cuero cabelludo, el triángulo subpubiano, y además afecta una manera de ser particular, caracterizada por la existencia de costras pequeñas, secas, redondeadas, desprendidas de la piel, colgadas de los cabellos, bajo la forma de granulaciones, lo que ha hecho se le dé el nombre de *impétigo granulata*. El impétigo se observa igualmente como una complicacion frecuente de las afecciones que tienen por causa la presencia de parásitos vegetales, *favus sycosis*. Esta complicacion es siempre sensible bajo el punto de vista del diagnóstico, porque contribuye á enmascarar la afeccion principal y á ocultarla á las investigaciones del práctico: *idiopático* ó *parasitario*, el impétigo se presenta, en definitiva, con caractéres bastante marcados, para que en su comprobacion no sea posible duda alguna. Pero no acontece lo propio con el impétigo de naturaleza *diatésica*. La influencia del vírus constitucional sobre el desarrollo del impétigo, ha sido, en efecto, muy exagerada. Se ha hecho intervenir, una en pos de otra, la escrófula, la sífilis, el herpetismo, en la etiología de la afeccion que nos ocupa, y ved, sin embargo, cuánto se aleja el impétigo de los caractéres de las afecciones de naturaleza her-

pética; pues que no presenta, ni su duracion, ni su tenacidad, ni su tendencia á las recidivas. Estos caractéres, que son tan marcados en ciertas manifestaciones del herpes, en el psoriasis y eczema, apénas se encuentran en el impétigo; y su ausencia nos autoriza á pensar que el vicio herpético no ejerce aquí sino una influencia secundaria, y áun del todo excepcional. La escrófula no tiene apénas, á nuestro juicio, más títulos que reivindicar en la etiología del impétigo, y sin embargo, hay autores, á la cabeza de los cuales se halla colocado M. Bazin, que profesan una opinion absolutamente opuesta. M. Bazin considera el impétigo como una de las manifestaciones más frecuentes de la diátesis estrumosa; y no sólo admite en principio la influencia de la diátesis escrofulosa en la produccion del impétigo, sino que la cree susceptible de imprimir á la afeccion cutánea, por la que se traduce, caractéres múltiples que justifican la division que él ha creado, y las formas que ha admitido con los nombres de *escrofúlide benigna* impetiginosa, y de *escrofúlide maligna*, llamada tambien *impétigo rodens*.

Hé aquí las razones que nos impiden aceptar esta manera de ver. Cierto es que encontramos en la escrofúlide benigna, descrita por M. Bazin, todos los caractéres del género impétigo; pero no vemos aparecer ninguno de los atributos de la diátesis escrofulosa. ¿Cómo admitir, pues, que el impétigo, una de las ménos largas, de las más transitorias, una de las ménos tenaces de las afecciones cutáneas, puede representar la escrófula, es decir, la enfermedad crónica, larga, é indefinida por excelencia? Y por otra parte, en el impétigo maligno ó *impétigo rodens*, encontramos la cronicidad, la ausencia de dolor, la tendencia á la ulceracion que caracteriza á la escrófula; pero no vemos nada absolutamente que recuerde la fisonomía tan particular del impétigo. ¿Qué relacion hay, por ejemplo, entre las costras estratificadas, blancas y negruzcas, tan persistentes, que cubren superficies profundamente ulceradas, entre esas ulceraciones de tendencia invasora, de marcha ser-

piginosa, que dan lugar á una supuracion saniosa, y en cierto modo inagotable, dejando tras sí cicatrices indelebles, y las costras amarillas, flavescentes, que tienen tan corta duracion, y que no dejan á su caida más que superficies escoriadas en las que no se produce vestigio alguno de cicatriz? Querer hacer entrar el impétigo en la clase de las enfermedades escrofulosas, es, pues, una tentativa forzada que no dará resultado en presencia de la diferencia tan marcada que separa el género *impétigo*, de las manifestaciones características de la escrófula.

Las mismas objeciones podemos presentar cuando vemos el impétigo clasificado en el número de las manifestaciones de la diátesis sifilítica. La sífilide impetiginosa benigna y el impétigo sifilítico maligno, no reproducen, como acabamos de ver, ninguno de los caractéres del impétigo. La primera variedad nos presenta como tipo esa forma bastante infrecuente de la sífilide, que se ha designado con el nombre de *sífilide pustulosa miliar*, y que está caracterizada por grupos de elementos pustulosos, que se encuentran diseminados en ciertas regiones, pero particularmente en la cara y en el cuero cabelludo; estos elementos pustulosos ofrecen, en general, una duracion bastante larga, y no curan jamás sin dejar tras de ellos vestigios cicatriciales indelebles. El *impétigo sifilítico maligno* pertenece á la última fase de evolucion de la sífilis secundaria; es ya casi un accidente terciario. El tipo de esta afeccion nos lo suministra la *sífilide pústulo-crustácea ulcerosa*, sifílide esencialmente tenaz y rebelde, y que en razon de la profundidad y de la malignidad de las ulceraciones de que va acompañada, constituye una de las manifestaciones más graves de la infeccion sifilítica.

Pues bien; basta enumerar estos caractéres para hacer sobresalir la distincion que los separa de los del impétigo, y para mostrar cuán poco fundada es la analogía que se ha tratado de establecer entre afecciones de naturaleza tan diferente. Se ha ido aún más léjos en este camino: se ha llegado hasta negar la unidad de la enfermedad, y se ha sustituido á

la clasificacion de los antiguos autores, una division nueva, que parece más propia para conciliar los caractéres múltiples que se le habían asignado á las diferentes afecciones descritas con el nombre de impétigo. Se ha admitido, pues, con el nombre de impétigo, dos afecciones distintas: la *melitagra*, que será el impétigo propiamente dicho, y el *impétigo sifilítico y escrofuloso*, que sería la manifestacion, bajo la forma impetiginosa, de la sífilis y de la escrófula. No podemos aceptar una clasificacion que no conduce á nada, sino á negar la unidad de la enfermedad, y establecer dos en vez de una sola. Las doctrinas de M. Bazin, en este punto, son pues absolutamente inadmisibles.

Rehusamos igualmente asociarnos á una tentativa de otro género, hecha con objeto de quitar al impétigo la autonomía que le pertenece. M. Hardy considera esta afeccion como una variedad, como una simple manera de ser del eczema. «Si los caractéres del eczema y del impétigo, dice M. Hardy, parecen perfectamente distintos al primer acceso, hay una simple diferencia en el grado de intensidad de la inflamacion que existe en el primer período de una y otra de estas afecciones; pero esta diferencia no bastaría por sí sola para servir á constituir dos géneros diferentes, ni podría impedir la unidad de la enfermedad.» Hé aquí, pues, lo que sostiene M. Hardy. Hemos insistido bastante, al principio de esta leccion, en las numerosas diferencias que separan el eczema del impétigo, para que no quede duda en vosotros sobre la dualidad de estas dos afecciones. Ellas no presentan ni la misma marcha, ni la misma duracion, ni los mismos síntomas, y ni áun el mismo modo de terminar: se diferencian por la lesion *elemental*, pústula en un caso, vexícula en otro, así como tambien por las lesiones que marcan los últimos períodos de la enfermedad, por las costras y ulceraciones que son su consecuencia. Se diferencian tambien por la agudeza flegmásica, por la intensidad de las reacciones locales y generales de que se acompañan. La distincion que nos hemos esforzado en establecer desde el prin-

cipio, entre el eczema y el impétigo, nos parece, pues, perfectamente legítima, y se tratará en vano hacerla desaparecer.

Diagnóstico.—El diagnóstico del impétigo no presenta de ordinario dificultad alguna. Resulta de la forma tan característica de las lesiones cutáneas, de su marcha y de sus síntomas. Hay, no obstante, ciertas afecciones de la piel que presentan algunos rasgos de semejanza con el impétigo, ya bajo el punto de vista de la lesion inicial, ya bajo el de las lesiones que señalan los últimos períodos de la enfermedad. Citaremos, entre estas afecciones, el *ectima*, la *sicosis* y el *eczema*.

El *ectima* empieza, como el impétigo, por una erupcion pustulosa; pero los caractéres de estas pústulas son esencialmente diferentes de los que pertenecen á las pústulas del impétigo. Estas son pequeñas, aguzadas, amarillas, confluentes, reunidas en grupo sobre un fondo eritematoso y no presentan sino una duracion efímera: las del ectima son anchas, voluminosas, aisladas, discretas, blanquecinas, salientes; tienen cada una, alrededor de su base, una aureola roja y dejan despues costras negras, secas, duras, adherentes, engastadas en el dérmis, y, frecuentemente, cicatrices indelebles; en tanto que las costras del impétigo son amarillas, blandas, húmedas, exudantes, poco adherentes y muy gruesas.

El *sicosis* presenta igualmente pústulas, pero éstas son persistentes, profundas, y que—signo precioso de notar,—se encuentran siempre en las regiones cubiertas de pelos, y especialmente en la barba. Se desarrolla en forma de pequeños tubérculos atravesados en su centro por un pelo; el pus que contienen jamás se vierte fuera, sino que se concreta en una costra morena, delgada y sin espesor. No insistiremos más en el diagnóstico diferencial del impétigo y del eczema; esto sería volver á lo que hemos tratado ya, cuando hemos hecho resaltar la distincion que importa establecer entre dos afecciones, cuya marcha, síntomas y lesiones, presentan caractéres tan completamente trazados que es verdaderamente imposible confundirlas.

Pronóstico.—El pronóstico del impétigo no tiene en general gravedad alguna. La curacion es, en efecto, la terminacion habitual de esta afeccion. Conviene, sin embargo, tener en cuenta la forma, la duracion y particularmente la naturaleza del impétigo, como otras tantas circunstancias que pueden hacer variar el pronóstico. Así pues, la forma *erisipelatosa*, con su cortejo de fenómenos inflamatorios, con los síntomas generales que le acompañan, debe ser siempre considerada como una afeccion seria: entre tanto que el *impétigo simple idiopático* debe ser mirado, por el contrario, como una afeccion pasajera y benigna. Ciertas formas, tales como el *impétigo larvalis*, y más particularmente, el impétigo de los niños, conocido con el nombre de *usagre*, y que no es sino una variedad de la forma *larvalis*, se presenta con caractéres tan sumamente acentuados, que el pronóstico debe, desde luégo, rodearse de prudentes reservas. Esta afeccion está caracterizada, en efecto, en su tercer período, por la existencia de costras espesas, confluentes, coloreadas en negro por la extravasacion de la sangre que resulta á consecuencia de rascarse el enfermo. Estas costras cubren la frente, la nariz, los carrillos, los labios, en una palabra, toda la cara, dando á la fisonomía de los enfermitos un aspecto horroroso y asqueroso. No obstante, esta afeccion tan grave en apariencia nada tiene que deba temerse, porque cede al tratamiento más simple, como á las aplicaciones emolientes, cataplasmas permanentes de fécula de patatas. La solicitud con que los parientes deben cuidar de impedir el que los enfermos se rasquen, acelerará tambien la curacion, que tendrá lugar en el espacio de quince á veinte dias y que no dejará tras sí cicatriz alguna.

Tratamiento.—Siendo el impétigo una afeccion de marcha aguda é inflamatoria, la indicacion principal del tratamiento, debe descansar en este carácter flegmásico tan importante. La medicacion antiflogística es, pues, la que conviene al tratamiento del impétigo; tales son los recursos que nos ofrece la terapéutica y que es necesario tener en cuenta para obtener la

curacion de la enfermedad. La espectacion ha podido, sin duda, bastar en cierto número de casos; pero nos parece preferible, no obstante, hacer intervenir los medios que pueden calmar la irritacion local y aplacar la inflamacion cutánea. Las aplicaciones de tópicos emolientes, las compresas empapadas en agua tibia, las cataplasmas de fécula, los baños simples ó almidonados, prestan reales servicios en el período agudo de la enfermedad. Se verá atenuarse y desaparecer la irritacion cutánea; y si más tarde, en los últimos períodos, se continúa el empleo de estos medios, presenciaremos la caida más rápida de las costras y la cicatrizacion de las superficies cutáneas afectadas. Si existe, al propio tiempo, un estado saburral de las vías digestivas, se cuidará de hacerlo desaparecer con el empleo de los purgantes y de los emeto-catárticos. Por último, si la enfermedad se desarrolla en un individuo escrofuloso, nos esforzaremos en combatir el vicio constitucional con el empleo de medios apropiados; se prescribirán los amargos, el aceite de hígado de bacalao, el vino de quina y se recomendarán los cuidados higiénicos, que tienen siempre gran importancia, para triunfar del principio estrumoso y lograr la curacion de la afeccion cutánea.

LECCION QUINCE.

Ectima.

Señores:

Se designa con el nombre de *ectima*, una enfermedad de la piel caracterizada por pústulas redondeadas, voluminosas, aplastadas, grisáceas, rodeadas en su base de un círculo eritematoso, aisladas, que contienen un pus espeso, cuya desecacion da lugar á una costra negruzca, seca, engastada en el dermis y persistente.

El ectima es una de las dermatosis más comunes: ora es ligera, localizada, ocasionada por una causa externa y sin ningun accidente serio; ora, por el contrario, se la ve generalizarse, ocupando vastas superficies, causando en el espesor del dérmis ulceraciones profundas, dando lugar á accidentes generales de que es causa, y siendo asimismo resultado de estados internos, de diátesis, de las cuales llega á ser su expresion. Esta simple exposicion basta para hacer comprender cuán importante es para vosotros conocer bien una afeccion tan frecuente y que se presenta á vuestros ojos con caractéres tan diferentes de causas, de naturaleza y de gravedad. Vamos, pues, á estudiarla: primero, en la lesion anatómica que la constituye y en la evolucion de esta lesion; segundo, en su naturaleza y en sus causas; tercero, en sus síntomas y en su duracion; cuarto, en su diagnóstico; quinto, en su tratamiento.

I.—LESION ANATÓMICA, MARCHA Y DESARROLLO DEL ECTIMA.

Esta lesion es una pústula; tiene caractéres completamente trazados, tan fáciles de comprender, que nunca os vereis embarazados para reconocerla. La pústula del ectima es ancha, voluminosa, redondeada, convexa; contiene un pus grisáceo, el que le da el color blanco grisáceo, que constituye uno de sus rasgos característicos; sus dimensiones varían de una pequeña lenteja, á una pieza de media peseta; está rodeada de una aureola de un rojo muy vivo, eritematoso, que desaparece á la presion del dedo y reaparece en seguida. Frecuentemente el pus contenido en la pústula no se derrama al exterior, sino que se deseca, se concreta en el sitio que ocupa y se trasforma en una costra de un negro moreno; esta costra conserva la forma redondeada y aplanada de la pústula á que ha reemplazado; es seca, es decir, sin mezcla alguna de secrecion húmeda; está sólidamente fijada y como engastada en el espesor del dérmis á la manera de un vidrio de reloj; queda así durante un tiempo variable, que puede ser bastante largo, de cinco á quince dias, y á veces más. Cuando se desprende, se observa que la parte subyacente del dérmis que cubría, no es más que una simple mancha cicatricial, si la ulceracion pustulosa ha sido superficial; pero si, por el contrario, esta ulceracion ha sido profunda, si ha invadido una gran parte del espesor del dérmis ó casi todo su espesor, en este caso, cuando la costra se desprende, deja tras sí una ulceracion redondeada, regular, más ó ménos profunda, que suministra un pus sanioso. Esta ulceracion, segun su naturaleza, como explicaremos despues, segun sus dimensiones y segun la salud general y la constitucion del enfermo, tardará más ó ménos tiempo en suministrar los elementos cicatriciales necesarios á su curacion.

Cuando no interesa más que la capa más superficial del dérmis, no deja mancha alguna ni cicatriz; cuando, por el contrario, ha sido profunda, deja en pos de sí una cicatriz indele-

ble. Tales son las lesiones anatómicas cutáneas del ectima. Veamos ahora cuál es su evolucion y cuál su asiento.

Puede considerarse el ectima bajo el punto de vista anátomo-patológico, bajo cuatro aspectos diferentes, esto es, en los cuatro períodos distintos de su evolucion y de su desarrollo.

1.° *Período de invasion ó eritematoso.*—Consiste en una simple mancha de un rojo más ó ménos vivo, congestiva, inflamatoria, que desaparece, á la manera de los exantemas, bajo la presion del dedo, para reaparecer inmediatamente. La duracion de esta mancha es variable; de algunas horas solamente, á uno ó dos dias.

2.° *Período de estado ó pustuloso.*—Este segundo período está caracterizado por los fenómenos siguientes: el centro de la mancha se hace prominente; se produce una secrecion húmeda que levanta la hoja epidérmica; esta secrecion húmeda es un pus grisáceo; permanece coleccionado bajo la hoja epidérmica, levantada de manera que constituye la pústula ectimatosa con los caractéres que le hemos asignado. Esto acontece en el centro de la mancha que ha sido transformada en pústula; la periferia queda en su estado primitivo de mancha congestiva, y es la que forma un anillo rojo inflamatorio, que persiste alrededor de la pústula y que rodea su base como una aureola. Tal es el ectima que ha llegado á su desarrollo, es decir, al segundo período, ó período de estado.

3.° *Período costroso.* — Está caracterizado por la costra seca, negra, dura, adherente y persistente que ya hemos descrito.

4.° *Período ulceroso.*—Falta, cuando el ectima ha sido ligero y superficial, y no ha ulcerado más que la capa dérmica más externa, cuando se contenta con desflorar el dérmis: pero como hemos dicho ántes, si el dérmis ha sido profundamente herido por un trabajo ulcerativo, es cuando puede comprobarse en el ectima un cuarto período; es decir, una lesion ulcerosa, consecuencia de la caida de las costras, llegando á ser el asiento de una supuracion y de un trabajo cicatricial, cuya

duracion varía segun la profundidad y extension de la úlcera, y segun tambien, es necesario no olvidarlo jamás, la naturaleza del ectima y el estado constitucional más ó ménos pobre del enfermo.

El ectima, como todas las dermatosis de secrecion húmeda, tiene por sitio de preferencia las regiones donde la piel es fina y donde está en contacto consigo misma. Así, pues, se le encuentra muy frecuentemente en los espacios interdigitales, en el pliegue de la muñeca, del brazo, en la cara interna y superior de los muslos; se le observa tambien en los hombros, en el dorso, rara vez en el cuello y en la cara; algunas veces en todo el cuerpo: el tronco y los brazos parecen como estrellados; otras veces no existe sino en un pequeño número de regiones. Pero cualquiera que sea su disposicion, las pústulas son siempre aisladas, discretas, y generalmente bastante separadas unas de otras.

II.—NATURALEZA Y CAUSAS DEL ECTIMA.

Vamos á estudiar el ectima como una afeccion genérica; hemos visto cuáles son sus caractéres anatomo-patológicos; veamos ahora cuál es su naturaleza, cuál su valor como entidad morbosa.

Bajo este punto de vista, le consideraremos cuatro aspectos diferentes: 1.°, *ectima de causa externa*; 2.°, *ectima idiopático, esencial ó de causa interna*; 3.°, *ectima parasitario*; 4.°, *ectima sintomático*.

1.° *Ectima simple ó de causa externa.*—Resulta de excitaciones locales procedentes del exterior, y que obran en un punto cualquiera de la piel; el contacto de sustancias sólidas ó líquidas irritantes, ya por su naturaleza, ya por su temperatura, lo ocasionan; es una de las lesiones más comunes, cuyo conjunto ha recibido el nombre vulgar de sarna de los especieros: se podría, en este caso, llamar *ectima profesional*, es decir, ectima engendrado en ciertas profesiones en que se hace

uso de sustancias, que son, para la piel, una causa de irritacion local.

2.° *Ectima idiopático, esencial ó de causa interna.* — Existe una fiebre esencial, que puede llamarse *fiebre ectimatosa*, así como hay una *fiebre herpética*: esta fiebre es poco intensa, acompañada de accidentes generales sin gravedad; un poco de laxitud, de anorexia, algo de aceleracion de pulso: al cabo de veinticuatro á cuarenta y ocho horas de este estado pirético, se ve aparecer una erupcion de pústulas de ectima, y bien pronto los accidentes generales se mejoran y desaparecen. Esta fiebre ectimatosa se observa bajo la influencia de grandes fatigas, de excesos de régimen, pero principalmente, en la estacion de la primavera y de los grandes calores: tambien, en este caso, puede llamarse el ectima *estacional*.

3.° *Ectima parasitario.*—La sarna no tiene lesion cutánea concomitante ó sintomática de su existencia más frecuente que el ectima. La presencia de los acarus en el espesor del dérmis, los surcos que ellos labran, determinan y sostienen una inflamacion que se traduce por brotes de pústulas de ectima; aquí el ectima se encuentra unido á la afeccion parasitaria, por lo que se le puede llamar tambien *parasitario*.

4.° *Ectima sintomático.*—Es el más grave y el que más importa conocer. Se le observa bajo la influencia y como consecuencia de tres estados constitucionales muy diferentes, de los que llega á ser su expresion. Ya es la traduccion del estado que se puede designar con el nombre vago y genérico de *caquexia*, tal es en este caso el *ectima caquéctico*; ya es una manifestacion de la sífilis, ectima sifilítico; ya, en fin, es de naturaleza *herpética*.

a. *Ectima caquéctico.*—La degradacion del estado general de fuerzas, la deterioracion de la constitucion, el empobrecimiento resultante de excesos de todo género, de la miseria, de una mala higiene, de habitar en lugares mal sanos, húmedos y mal aireados; de una nutricion insuficiente, de mala naturaleza, todas esas diversas causas de debilidad para la economía

y la salud general, engendran esta forma de ectima, que aparece como la manifestacion y el síntoma de la caquexia. El *ectima caquéctico* existe en todas las edades, en todas las épocas de la vida; se le encuentra frecuentemente en la primera infancia, en los primeros años y áun en los primeros meses, durante la lactancia. Los niños cuya salud está deteriorada por una leche de mala calidad, procedente de una nodriza malsana, mal cuidada, enferma ó en cinta, ó bien los que se nutren con una alimentacion artificial, mal elegida, difícil de digerir, desproporcionada con la delicadeza del aparato gastro-intestinal del primer año; los que están tambien sin limpieza, insuficientemente lavados y limpios y que se dejan siempre envueltos en un aire viciado, están sujetos á esta forma de ectima. La extremidad opuesta de la vida, la decrepitud senil, la debilidad general peculiar de la vejez y todos sus achaques, son tambien una causa frecuente de ectima. Así, pues, en la primera infancia, en la edad madura y en la extremada vejez, el ectima aparece y debe ser mirado como la expresion de una salud deteriorada, gastada; en una palabra, como el síntoma de un estado caquéctico.

b. Ectima sifilítico.—El ectima es una de las más frecuentes manifestaciones cutáneas de la sífilis. Se le encuentra en dos épocas muy distintas de la evolucion sifilítica. Ordinariamente forma parte de los accidentes terciarios, ulcerosos y tardíos, de los que es una de sus formas más comunes; otras veces aparece en el principio de los accidentes generales ó constitucionales, y entónces es una de las lesiones que caracterizan la sífilis maligna galopante.

c. Ectima herpético.—El ectima puede, en ciertos casos, existir á título de manifestacion del herpes. Casi siempre se desarrolla bajo la influencia de un cierto mal estado general; hay con frecuencia otra manifestacion herpética más benigna, ménos grave en cuanto á su lesion anatómica; pero bajo la influencia de la alteracion de la salud, esta lesion herpética, primitivamente benigna, se agrava, toma un carácter maligno,

degenera y se transforma en una lesion cutánea más profunda, ulcerativa, que viene á ser un ectima. Así es como comprendemos y como debeis vosotros comprender el ectima herpético.

III.—SÍNTOMAS Y DURACION DEL ECTIMA.

Varían segun su naturaleza. En el *ectima simple ó idiopático*, no hay accidentes generales, se conserva la salud más normal, sensacion de calor, de escozor y de tension al nivel de las pústulas: no debemos olvidar que el ectima es una forma ó manifestacion especial de la inflamacion del dérmis, por consecuencia debe presentarnos, áun en su desarrollo más benigno, los caractéres de toda flegmasia: rubicundez, calor y tension. Su duracion, siempre que la causa que le ha producido no persista, es de ocho á quince dias (ó sea de dos dias para el período de invasion, es decir, para la marcha eritematosa; de dos á cuatro para el período pustuloso, y de seis á ocho para el costroso). En el ectima simple, generalmente, no se desprende la costra sino despues de la cicatrizacion de la úlcera; por consiguiente, el período ulceroso falta: cuando la costra cae, se nota en su lugar una simple mancha cicatricial formada por una pedícula epidérmica, que no ha tenido tiempo de adquirir su consistencia, su espesor y su coloracion normal.

Mas si la causa que ha producido el ectima, la causa profesional, por ejemplo, persiste, entónces se producirán sucesivamente nuevos brotes, y la duracion de la afeccion puede prolongarse tambien indefinidamente, al mismo tiempo que la intensidad de sus lesiones y de sus síntomas, acrece por la persistencia de las causas productoras.

Sucede lo propio con el *ectima parasitario*.

El *ectima estacional*, *de causa interna*, dura comunmente de diez á quince dias, va precedido y acompañado de algunos trastornos generales; la erupcion pustulosa es única, se produce de una sola vez; se extingue, sin que nuevas erupciones sucesivas y ulteriores prolonguen la duracion de la enfermedad, cuya forma queda esencialmente aguda.

No acontece lo mismo con el *ectima sintomático*. Esta afeccion toma siempre la forma crónica, y su duracion es indeterminada. El *ectima caquéctico*, que existe en el niño, en el adulto ó en el anciano, no cura sino con la caquexia misma de que es síntoma, dura tanto como ella y por consecuencia persiste frecuentemente hasta la muerte. Despues de la caida de las costras, las ulceraciones quedan al descubierto supurando; esta supuracion, á veces muy abundante, fétida, espesa, envenena al enfermo: las adherencias y los roces que tienen lugar con los vestidos, con las ropas de la cama y las piezas de las curas; el peso del cuerpo gravitando sobre ellas, cualquier movimiento, las comprime, las irrita, las desgarra, agrandándolas, llegan á ser más anchas y más profundas: estas ulceraciones están diseminadas en casi toda la superficie del cuerpo, y en particular en todo lo largo de los miembros inferiores, por lo que resulta una gran dificultad, por no decir una imposibilidad material, para curarlas convenientemente; es decir, para cubrirlas con tópicos que llenasen el doble objeto de favorecer el trabajo cicatricial y al mismo tiempo garantirlas contra todo contacto, violencia ó irritacion procedente del exterior. Todas estas funestas condiciones hacen que las ulceraciones puedan llegar á ser el sitio de un dolor vivo é incesante, cuya intensidad aumenta al menor movimiento, impide el sueño, destruye el apetito y acarrea y sostiene la fiebre; esta fiebre no tarda en tomar todos los caractéres de una fiebre héctica y de consuncion, que gasta todos los dias, cada vez más, las pocas fuerzas que quedan al enfermo y le conduce así á la muerte.

LECCION DIEZ Y SEIS.

Ectima.

(Continuacion.)

El *ectima caquéctico*, despues de una serie de accidentes graves, termina, pues, muy frecuentemente, por la muerte. Esta terminacion fatal no es siempre, afortunadamente, constante, y la curacion puede obtenerse, como lo diremos más adelante, por un conjunto de medios higiénicos y medicamentosos que se dirigen, especialmente, á la constitucion del enfermo. Si se llega á modificarla ventajosamente, se ve curar el ectima, estrecharse las ulceraciones, suministrar una supuracion ménos fétida y ménos abundante, llegar á ser ménos dolorosas y llenarse progresivamente de un brote reparador y cicatricial, á medida que la fiebre se extingue, que el apetito reaparece con el sueño, que las funciones gastro-intestinales se restablecen y á medida, en una palabra, que el estado general se mejora.

El *ectima sifilítico* cuando existe como accidente francamente terciario y tardío, cuando la constitucion del enfermo no ha sufrido una deterioracion muy acentuada, tiene una duracion que varía de uno á dos ó tres meses, y comunmente se termina por la curacion. Si se manifiesta en la primera invasion de los accidentes generales precoces, si se nota como síntoma de la sífilis maligna galopante, que es la más grave, ofrece ménos influencia á la accion de los específicos, y por consiguiente, su duracion es más larga y muy variable.

El *ectima herpético* es de larga duracion, en virtud de su naturaleza herpética, pues que, en efecto, uno de los caractéres de las afecciones herpéticas ó dartrosas es tener una larga duracion, lo cual constituye uno de sus signos distintivos. Hay más aún: la existencia del ectima, como síntoma del herpes, implica una deterioracion más ó ménos profunda de la constitucion, cierto grado de caquexia, ó bien, lo que viene á ser lo mismo, un grado muy intenso de impregnacion de la constitucion por el vicio herpético, el cual se traduce entónces por una de sus manifestaciones más graves, por el ectima, que se puede llamar *herpétide maligna*. De estas consideraciones resulta que el ectima herpético es doblemente largo en su duracion, largo como afeccion sintomática del herpes y más largo aún como afeccion sintomática de un estado caquéctico.

IV.—DIAGNÓSTICO DEL ECTIMA.

El diagnóstico del ectima comprende dos partes muy distintas: 1.ª, el diagnóstico del *género*, esto es, saber reconocer el ectima en sí mismo; 2.ª, el diagnóstico de su *naturaleza*.

Diagnóstico del género ectima.—Recordemos que el ectima está caracterizado por pústulas blanquizcas, anchas de base, rodeadas de un círculo eritematoso, redondeadas, aplanadas, persistentes, aisladas, que dan lugar por su desecacion a costras secas negruzcas, persistentes tambien y fuertemente engastadas en el dérmis. Estos caractéres están tan completamente trazados y tan fáciles de conocer, que el ectima es una de las afecciones de la piel que se reconoce con más facilidad y cuyo diagnóstico no debe causar el menor embarazo é incertidumbre.

¿Con qué otras dermatosis puede confundirse el ectima? ¿Será con el impétigo? El *impétigo* tiene tambien por lesion primitiva una pústula que da lugar á una costra. Pero las pústulas del impétigo son pequeñas, aguzadas, granulosas, confluentes, reunidas en mayor ó menor número sobre una super-

ficie eritematosa; son de un amarillo de miel, fugaces, no persistentes; sus costras no están aisladas, sino reunidas en capas, de ordinario muy anchas, son puntiagudas, duras, exudantes, de un color amarillo de miel, *melitagra flavescens*. La confusion entre el impétigo y el ectima no es, pues, posible, aunque su lesion anatómica primitiva sea la misma. El ectima no se confundirá tampoco con el *acné pustuloso*. El sitio de predileccion de esta última afeccion es la cara, donde el ectima no se presenta casi nunca. Despues de la cara, el acné pustuloso se asienta más frecuentemente en el pecho y en la parte superior del dorso, busca las partes del cuerpo más elevadas; el ectima, por el contrario, afecta de preferencia las partes inferiores más lejanas del centro, siendo la parte inferior del dorso, la region lumbar, las manos, las muñecas y las piernas, donde se le encuentra más generalmente. Bajo el punto de vista del diagnóstico, esta diferencia de sitio es, pues, de gran valor. Diferencias más importantes aún serán tambien comprobadas por la observacion atenta de las lesiones que constituyen una ú otra de estas dos afecciones. Así, pues, en el ectima, en su período de estado, la lesion consiste en una pústula rodeada en su base de un círculo eritematoso; en el acné pustuloso, por el contrario, la pústula no es sola, es secundaria, ocupa el centro y el vértice de una elevacion indurada, inflamada, de un verdadero tubérculo que ha sido la lesion primera en el órden de aparicion y que en un momento dado de su evolucion, llega á ser el asiento de un trabajo de supuracion que se opera en su vértice, sin que su base haya dejado de ser dura y tuberculosa. Así, pues, en el acné pustuloso la pústula es el resultado de la supuracion que se produce en el vértice del tubérculo. Y si ahora examinamos la pústula del acné mismo, la encontraremos situada en el vértice de un tubérculo duro, saliente y ancho de base; la encontraremos pequeña, formada por un pus amarillento, y por consiguiente, amarilla tambien, terminándose por una costra delgada, laminosa, del mismo color de la pústula, sin adherencia y sin persistencia,

que se desprende y desaparece sin que el tubérculo que la sostenía deje por esto de existir. Así, pues, no hay confusion posible entre estas dos afecciones tan distintas.

Lo mismo sucederá con la *sicosis*. Desde luégo las pústulas de la *sicosis* no existen sino en la cara y en las regiones vellosas; están profundamente situadas en el espesor del dérmis, aproximadas unas á otras, de manera que forman grupos, atravesadas en su centro por un pelo y bien pronto su circunferencia se rodea de una pastosidad, de una elevacion blanda, irregularmente conformada, constituyendo los tubérculos sicósicos; tubérculos de base ancha, de contorno saliente é irregulares, que quedan aplastados, no aguzándose, no haciéndose puntiagudos como los tubérculos acnéicos y formando parte integrante de las lesiones consecutivas de la mentagra ó sicosis.

Por consiguiente, será siempre muy fácil distinguir el ectima del impétigo, del acné pustuloso y de la mentagra; los caractéres diferenciales que existen entre estas afecciones son tan marcados, que las distinguireis siempre muy fácilmente.

¿Pero sucede lo mismo para con la rupia? ¿Hay alguna distincion que establecer entre la rupia y el ectima? ¿Son estas dos afecciones diferentes, teniendo cada una sus caractéres especiales patognomónicos? ¿O bien no son más que una misma afeccion con simples modificaciones en su desarrollo y en su intensidad? M. Hardy, que ha procurado hacer absolver el impétigo por el eczema, quería tambien incluir la rupia en el ectima y no conservar en la nomenclatura dermatológica más que el nombre solo de ectima. Creemos haber establecido y demostrado (véanse los artículos *Eczema* é *Impétigo*), que el eczema y el impétigo deben conservar cada uno su autonomía y su entidad morbosa, individuales é incontrovertibles. Vamos á procurar establecer el mismo principio para el ectima y la rupia.

Estas dos afecciones difieren: 1.° Por la lesion elemental ó primitiva: esta lesion es una ampolla para la rupia y una pús-

tula para el ectima. La ampolla de la rupia se distingue esencialmente de la pústula del ectima por sus dimensiones mucho más considerables, por el líquido sanioso que encierra, por su duracion muy corta, tan corta, que rara vez se la puede comprobar; en efecto, se revienta de pronto y entónces se encuentra rápidamente reemplazada por una costra. Así pues, por parte de la rupia encontramos por lesion primitiva una ampolla que contiene un líquido sanioso y tan poco persistente, que se escapa, por lo general, á nuestra observacion. Por parte del ectima, la lesion elemental es una pústula grisácea, de dimension siempre inferior á la ampolla de la rupia, pústula de un blanco grisáceo, durante muchos dias y rodeada de un círculo eritematoso en su base.

2.° La costra de la rupia es ancha, estratificada como concha de ostra, poco adherente, siempre húmeda, dejando salir, á traves de sus intersticios, un líquido sanioso, sanguinolento, puriforme, que levanta y desprende, más ó ménos, su base de la piel que la rodea. La costra del ectima es de una dimension, de una anchura y de un espesor siempre ménos considerable que la de la rupia; se distingne por una gran sequedad y por una adherencia íntima al dérmis, en el espesor del cual está engastada.

3.° La ulceracion de la rupia es infinitamente más ancha, más extensa, más profunda que la del ectima; suministra una supuracion mucho más abundante, más saniosa, presenta todos los caractéres de una úlcera de mal carácter y su forma es irregular; en tanto que la ulceracion del ectima conserva siempre la forma claramente redondeada que presentan la pústula y la costra. Así es que, ya se le mire bajo el punto de vista de su lesion primitiva, de su costra y de su ulceracion, hay entre el ectima y la rupia diferencias tales, que ambas afecciones deben ser consideradas como perfectamente distinta una de otra, como teniendo cada una sus caractéres especiales, patognomónicos, individuales, y por consiguiente, como debiendo conservar cada una su autonomía y su denominacion propias.

Diagnóstico de la naturaleza del ectima.—Tales son, señores, las consideraciones que debeis tener presente, relativamente al diagnóstico del género ectima: resulta de lo que acabo de deciros, que podreis siempre con bastante facilidad diagnosticar un ectima. Pero, ¿esto es bastante? No, seguramente; el diagnóstico del género es, no temo decirlo, la parte más pequeña, ménos interesante del diagnóstico. Lo que hay más importante para el enfermo, para el tratamiento y para el pronóstico, es la determinacion de la naturaleza del ectima. En efecto, ¿qué es este ectima? ¿Es un ectima de causa externa, ó simple? ¿Lo es parasitario? ¿Es un ectima de causa interna, estacional? ¿Es un ectima caquéctico, sifilítico ó herpético? La simple enunciacion de estos diversos términos del diagnóstico basta para haceros comprender al momento la importancia capital y la parte práctica, pues que solamente en este diagnóstico podeis asegurar la medicacion y formular vuestro pronóstico. ¿Cuáles son, pues, los caractéres, con ayuda de los cuales podreis distinguir las diferentes naturalezas del ectima?

1.° Estableceréis que el ectima es *idiopático* y de *causa externa*, cuando no ocupa sino las únicas regiones, en las cuales la causa morbosa ha podido llevar su accion; así que el ectima profesional no debeis reconocerlo sino en los únicos sitios del cuerpo que hayan sufrido los ataques dañosos de tal ó cual profesion. Pero esta primera condicion no basta; es necesario, además, que no encontreis en la economía, en la constitucion del enfermo, en la salud general, ningun vicio caquéctico, herpético ó sifilítico, porque en este caso la causa externa, profesional ú otra, habría obrado solamente como causa *determinante;* la real, la verdadera causa, será una causa general diatésica, y la enfermedad cutánea no sería local ó idiopática; sería sintomática, aunque resultante, en apariencia, de la accion de una causa externa.

2.° Direis que el ectima es *parasitario*, concomitante ó sintomático de la sarna, cuando le encontreis en las regiones que

son el sitio habitual de la sarna; esto es, en los espacios interdigitales, en la muñeca, pliegue del codo, aureola de las mamas, vientre, etc ; cuando en estas mismas regiones encontreis, á la vez, que las pústulas del ectima, pústulas de prurigo ó de líquen, placas de eczema ó de impétigo. En efecto, uno de los caractéres, por los cuales reconocereis que una afeccion es parasitaria, es que la veais unida en las regiones habituales del parásito, con otras afecciones de especie y de lesion anatómica primitiva diferentes. Diagnosticareis, particularmente, el carácter parasitario de un ectima, cuando, además del sitio, además de la diversidad de las afecciones cutáneas que existen simultáneamente en este mismo sitio, comprobeis las vexículas y surcos de la sarna; este será el sello, el rasgo principal y luminoso de la naturaleza parasitaria del ectima; pero la comprobacion de las vexículas y surcos de la sarna, no es siempre fácil; es á veces imposible, por la razon que sigue: las diversas afecciones que existen junto al estado de complicacion de los síntomas de la sarna, de consecuencia y de expresion de la inflamacion causada y sostenida en el espesor del dérmis por los acarus, estas diversas afecciones, tales como el ectima, el eczema, el líquen, el prurigo y el impétigo, están todas representadas por lesiones cutáneas, más manifiestas, más abundantes, permítaseme esta calificacion, que las lesiones sarnosas, de suerte, que estas últimas, están frecuentemente como disimuladas y completamente ocultas por las otras, de tal modo, que es imposible verlas. En este caso nos encontramos privados del elemento más importante para el diagnóstico. Pero este elemento no es indispensable, porque con las consideraciones de sitio, de existencia simultáneas, de afecciones cutáneas, de especie diferente, si el enfermo os dice que cada dia, cada noche, con el calor del lecho, y áun á cualquiera hora del dia, bajo la influencia del calor, siente las más vivas comezones, necesidad irresistible de rascarse; si os dice que las personas con las que está en contacto están atacadas de los mismos accidentes, no debeis tener ninguna duda acerca de la

naturaleza parasitaria del ectima, cuando os sería absolutamente imposible descubrir la menor huella de los surcos y de las vexículas pertenecientes á la sarna.

3.° Reconocereis que el ectima es *esencial* y de *causa interna* cuando le veais sobrevenir despues de algunos trastornos generales, algunos ligeros accidentes febriles, algunos desórdenes de las funciones digestivas, un poco de anorexia, etc. Si veis un brote ectimatoso producirse en estas condiciones uno ó dos dias despues de este estado general prodrómico; si no podeis comprobar la accion directa de una causa local ó externa; si no descubrís la menor huella de sarna y no hay nada que esté en relacion con los síntomas de una afeccion parasitaria; si la constitucion del enfermo está exenta de todo vicio herpético ó sifilítico y de todo otro estado caquéctico; si todas estas condiciones se encuentran reunidas, podreis afirmar que os encontrais con un ectima estacional, febril, esencial, de causa interna, en otros términos, con una fiebre ectimatosa.

4.° Diagnosticareis la naturaleza *caquéctica* del ectima, es decir, el ectima que existe como síntoma de la degradacion de las fuerzas, de la deterioracion de la constitucion y del empobrecimiento general, cuando fuera de toda diátesis herpética ó sifilítica le reconozcais en un individuo mal sano, flaco, agotado por las privaciones, la enfermedad, la mala alimentacion, la miseria ó los excesos de todo género; en este caso lo encontrareis principalmente en los miembros inferiores, así en el niño, en el adulto y en el viejo, en la decrepitud senil.

5.° Direis que el ectima es de naturaleza herpética cuando le veais en un individuo herpético, en el cual sabreis por los conmemorativos que han existido anteriormente manifestaciones herpéticas, ó en el que encontrareis quizás actualmente alguna de estas manifestaciones. En este caso le vereis ocupando muy á menudo los miembros inferiores, y dispuesto con cierta simetría, como casi todas las lesiones cutáneas herpéticas.

6.° Declarareis el ectima *sifilítico* en dos casos bien diferentes: 1.° Cuando lo veais desarrollarse cinco ó seis semanas despues del chancro primitivo, y será entónces una manifestacion de la sífilis maligna galopante; lo encontrareis en este caso generalizado, pero ocupando, sobre todo, las partes superiores: la frente, el cuero cabelludo, el dorso y el pecho. 2.° La sífilis maligna galopante es afortunadamente poco comun, por lo que con mayor frecuencia el ectima sifilítico constituirá un accidente terciario tardío; el estudio de los antecedentes del enfermo, la comprobacion de otros accidentes anteriores ó concomitantes, el sitio de las lesiones en la cabeza, cara, comisuras bucales; los dolores nocturnos, neurálgicos, musculares, articulares ú osteoscopos, os servirán para establecer la especificidad del ectima.

V.—PRONÓSTICO.

Considerado en sí mismo y sólo bajo el punto de vista de la lesion anatómica que lo constituye, el ectima deberá hacernos formar un pronóstico siempre serio. En efecto, en el ectima el dérmis está como resquebrajado, hundido, ulcerado; esta ulceracion es poco importante en sí misma, pero llega á ser dolorosa, se inflama, se agranda bajo las influencias que hemos indicado ántes; el hecho sólo de una ulceracion tiene más gravedad, como comprendereis fácilmente, que una simple mancha congestiva y que una pápula. Esto sentado, os diré que el pronóstico variará segun su naturaleza.

Así pues, el *ectima simple*, *idiopático*, de causa externa ó profesional, nunca será grave, á condicion que la causa bajo cuya influencia se desarrolla esté suprimida: *sublata causa tollitur effectus.*

Lo mismo acontece con el *ectima parasitario*, que cede rápidamente á un tratamiento emoliente y que desaparece completamente con la destruccion de los acarus. Tambien sucede lo propio con el ectima de causa interna, con la fiebre ectima-

tosa, pues su duracion jamás es larga y cesa al cabo de cinco á diez dias.

Pero otro será el pronóstico del *ectima caquéctico*. La afeccion cutánea en este caso será siempre muy grave, y lo será por sí misma por el hecho de generalizarse, por la multiplicidad de las ulceraciones que invadieron la piel, y que por los dolores, por la supuracion que trae consigo, contribuirán tambien á deteriorar más la salud general, ya seriamente comprometida. Será grave, sobre todo, porque no existirá sino á título de síntoma; será, en efecto, síntoma de una caquexia, y contribuirá por sí á agravar esta última, á la existencia de la cual se halla unido; durará tanto como ella y terminará con frecuencia con la muerte del enfermo.

El pronóstico del *ectima herpético* será grave por dos razones: la primera porque el herpetismo es expresado por una lesion cutánea, de suyo grave, por ser ulceroso y que podríamos lamar *herpétide maligna;* la segunda porque el ectima, por el solo hecho de su existencia, como síntoma de una diátesis, lleva siempre consigo la idea real de un estado más ó ménos caquéctico, ya sea que la caquexia preexista á esta diátesis, ya que resulte de causas absolutamente extrañas á esta misma, ya que exista fuera é independientemente de ella, ya por el contrario, que la caquexia dimane de esta diátesis y que sea su consecuencia directa é inmediata: en uno y otro caso, la salud general estará seriamente comprometida, y por consiguiente debereis formular sobre el *síntoma* de este estado general funesto, es decir, sobre el ectima, un pronóstico grave.

Las mismas consideraciones se aplican al *ectima sifilítico*. Á veces encontrareis el ectima en una época precoz de la sífilis, al par de los accidentes cutáneos comunes, tales como la roseola y la sifílide papulosa; en este caso será sintomático de la sífilis maligna galopante, y os indicará por consiguiente que la impregnacion sifilítica existe en la economía en su más alto punto de gravedad y de intensidad. Otras veces, por el contrario, encontrareis el ectima en la época de los accidentes tardíos y

terciarios. En este caso tambien debereis formar un pronóstico serio, pues que os demostrará que la constitucion está despues de mucho tiempo bajo la influencia de la sífilis, y que queda profundamente atacada á pesar de los diversos tratamientos que el enfermo ha podido sufrir. Tales son las consideraciones que tenía que exponeros sobre el pronóstico del ectima; pasemos ahora al tratamiento de esta afeccion.

LECCION DIEZ Y SIETE.

Ectima.

(Conclusion.)

VI.—TRATAMIENTO DEL ECTIMA.

No olvidemos que el ectima es una afeccion de naturaleza inflamatoria. Cada pústula es el resultado de la supuracion de una pequeña porcion del dérmis, verificada bajo la influencia de la inflamacion, de la que ha sido, y áun es todavía asiento; la naturaleza inflamatoria de la pústula ectimatosa está demostrada por el círculo eritematoso que rodea su base, por la sensacion de calor, de comezon y de tension experimentada por los enfermos, y por la elevacion de temperatura muy apreciable en la region donde se produce la erupcion: de estos datos resulta, que el tratamiento de la lesion ectimatosa en su período pustuloso, deberá ser puramente emoliente. El mejor tópico que debe emplearse, será, como para el eczema y para el impétigo, las cataplasmas de fécula de patatas, bien cocidas, reducida á jalea, que serán aplicadas tíbias, á la temperatura de la piel, y renovadas tres veces en las veinticuatro horas, empleándolas hasta la cicatrizacion de la superficie dérmica ulcerada.

El tratamiento local del período costroso del ectima, deberá ser nulo bajo el punto de vista de los tópicos. Se procurará evitar cuidadosamente que se rasque el enfermo, y toda violencia que pudiera desprender las costras prematuramente.

Estas costras deberán ser miradas como órganos de proteccion, que habrá que atender con sumo cuidado; ellas cubren, como una especie de capa, las partes dérmicas ulceradas y aún no cicatrizadas, preservándolas del contacto del aire y de toda violencia exterior irritante, favoreciendo así su cicatrizacion. Si las costras se desprenden, á pesar de los cuidados que se tengan para conservarlas, ántes de la cicatrizacion de la ulceracion subyacente, debereis curar ésta segun su extension, su profundidad y su naturaleza. Si marcha rápidamente hácia la curacion por un trabajo rápido de cicatrizacion, os bastará espolvorearla con almidon ó cubrirla con cerato. Si, por el contrario, la ulceracion es grisácea, saniosa, si tiene mal aspecto, modificareis su vitalidad con el nitrato de plata, con la tintura de yodo, con el vino aromático, con alcohol alcanforado, ó con una pomada excitante, tal como el ungüento de estoraque; es decir, que tratareis localmente la lesion anatómica que constituye el ectima.

Pero, ¿es éste todo el tratamiento del ectima? Ciertamente nó: no he hecho más que indicaros á grandes rasgos, y de una manera somera y general, lo que debe ser la indicacion externa de la lesion genérica. Es necesario ahora mirar la cuestion bajo un punto de vista más médico, más clínico, más elevado, y preguntarnos si no hay otra cosa que hacer que el tratamiento externo, si una medicacion interna no debiera ser instituida, y cuál debe ser esta medicacion, segun las diversas formas y las naturalezas del ectima.

1.° El *ectima de causa externa*, *idiopático ó profesional*, no teniendo raíz alguna en la economía, resultando únicamente de la accion irritante de causas procedentes del exterior, será tratado por medios puramente locales, y que obren directamente sobre la parte enferma; así, pues, ante todo, la cesacion de la causa maléfica, la supresion de todo trabajo que haya producido en la piel la irritacion ó inflamacion que ha dado lugar al ectima; como quiera que frecuentemente la piel de las manos y antebrazos es la atacada, se procurará no tener

estas partes en posicion declive, se tratará de envolverlas con grandes cataplasmas de fécula de patatas, y se prescribirán todos los dias uno ó dos baños locales emolientes; cuando las pústulas se hayan abierto, y las partes dérmicas subyacentes queden casi del todo cicatrizadas, se podrán reemplazar las cataplasmas por los polvos de almidon; se tendrá buen cuidado de recomendar al enfermo no se rasque, que evite toda irritacion local, que no vuelva á su trabajo ántes de una curacion completa; y algunas veces se le hará cambiar de profesion, á fin de evitar las recaidas, si se juzga su piel muy impresionable para poder soportar la accion irritante, inherente á tal ó cual profesion.

2.° El *ectima estacional ó de causa interna* (fiebre ectimatosa), os suministrará además de estos medios locales, indicaciones especiales que cubrir, pues que existe bajo la influencia de un trastorno general de que es consecuencia. Será necesario cuidar de este trastorno general, prescribir el reposo, bebidas refrescantes, un emético seguido de uno ó dos purgantes, si es que existe dispepsia, inapetencia y embarazo gástrico.

3.° El *ectima parasitario* sintomático de la sarna, siendo causado y sostenido por el *acarus*, suministrará como indicacion primitiva la destruccion de los acarus por un tratamiento parasiticida especial. Pero os voy á señalar aquí, á este propósito, una gran dificultad, por la que os encontrareis frecuentemente embarazados. La existencia de pústulas ectimatosas en las regiones donde viven los acarus, será una contraindicacion formal para el tratamiento parasiticida. En efecto, una friccion en la piel bastantante enérgica para abrir y destruir las vexículas y surcos acarianos, empezaría por abrir y desgarrar las pústulas ectimatosas, aumentaría y agrandaría las ulceraciones subyacentes; y cuando sobre estas ulceraciones, así avivadas y agrandadas, se diese una segunda friccion con una pomada tan irritante como la pomada de Helmerich, se determinaría por ella sobre todas las partes dérmicas desnudas,

una irritacion excesiva que se traduciría por dolores atroces, insoportables, por una inflamacion intensa de todo el dérmis primero, del tejido celular subcutáneo despues, y en una palabra, por accidentes locales bastante serios para producir la fiebre y trastornos generales. En semejante caso no hay que pensar en el tratamiento de la sarna; es necesario empezar por cuidar las complicaciones de la sarna ántes de atender á la misma sarna. Hemos dicho anteriormente que uno de los caractéres de las afecciones cutáneas parasitarias, sintomáticas ó concomitantes de la sarna, es la *diversidad* de estas afecciones. Otro de sus caractéres es la *facilidad* y *rapidez* con que se curan, muy diferentes en esto, de las afecciones de naturaleza herpética, que son siempre largas y tenaces en su duracion y mucho tiempo refractarias á todo tratamiento. Os dirigireis desde luégo á estas afecciones sintomáticas, y supuesto que nos ocupamos aquí del ectima, le sometereis al tratamiento que hemos establecido. Prescribireis baños locales emolientes y cataplasmas de fécula de patatas permanentes. Al cabo de algunos dias (ocho ó diez), el ectima parasitario habrá desaparecido, y entónces podreis sin peligro someter á los enfermos al tratamiento de la sarna, es decir, friccionar fuertemente las partes con jabon negro, hacerles despues tomar un baño, al salir del cual les dareis una segunda friccion con la pomada de Helmerich.

4.º *Ectima caquéctico*.—Esta es una de las naturalezas más graves del ectima; encontramos las pústulas repartidas, diseminadas por todo el cuerpo y particularmente por los miembros inferiores. En este caso especialmente, y en razon de esta misma diseminacion, de esta generalizacion de las pústulas, es cuando es necesario tratar con el mayor cuidado las costras, porque si se desprenden ántes de la cicatrizacion de las ulceraciones subyacentes, se comprende fácilmente con cuanta dificultad no tropezaríamos para la curacion de las úlceras, en razon de su multiplicidad. Se comprende tambien el peligro en que se encontrará el enfermo, por el solo hecho de

ulceraciones tan numerosas al descubierto y en supuracion. Es necesario, pues, ante todo, y este es el único tratamiento local que conviene emplear, conservar las costras con la esperanza de que, gracias al tratamiento general, la cicatrizacion tendrá lugar poco á poco bajo su abrigo protector.

El tratamiento general debe llamar toda vuestra atencion, y es en el que debeis esperar, para una constitucion empobrecida, caquéctica, una modificacion saludable, cuyo resultado sea la curacion del ectima.

Debeis, pues, seguir aquí el tratamiento de la *caquexia*, y este tratamiento deberá ser deducido de las causas que la ocasionan y de la edad del enfermo. Si se trata de un niño de algunos meses, mal lactado, que tiene una mala nodriza, ó que no recibe más que una alimentacion artificial—como sucede á menudo—alimentacion grosera, pesada, de una digestion difícil y enteramente desproporcionada, y en desacuerdo completo con la debilidad del tubo gastro-intestinal, ó ya es producida por defecto de cuidados, por falta de limpieza ó de aireacion, causas las más habituales de la caquexia de los recien nacidos y por consiguiente, del ectima; en este caso, por desgracia bastante frecuente, habreis de cambiar lo más pronto y lo más completamente posible, toda la higiene de estos desdichados niños. Les pondreis una buena nodriza, suprimireis toda alimentacion, toda otra bebida que no sea la leche de la nodriza, prescribireis todos los cuidados de limpieza más minuciosa, baños, lavatorios frecuentes y paños á menudo renovados y sumamente limpios. Curareis las ulceraciones desprovistas de costras, con polvos secantes, tales como los de licopodio, ó de almidon, ó bien con una pomada ligeramente excitante, como el ungüento de estoraque; tratareis de que el aposento en que esté el niño esté perfectamente aireado; no permitireis esas gruesas cortinas con que se tiene costumbre de rodear á los niños y que concentran á su alrededor un aire mefítico que no puede ser renovado, por cuanto ya sabeis que los niños, por lo mismo que se ensucian, tienen necesidad de

respirar un aire puro y bien renovado; les prescribireis las salidas á paseo; y bajo la influencia de estos diversos medios vereis prontamente metamorfoseados estos pequeños séres, les vereis volver su frescura y engruesamiento, y á medida que su salud mejora, comprobareis la curacion del ectima.

El *ectima caquéctico* del adulto, síntoma de una caquexia perteneciente á excesos, á una mala higiene ó á una alimentacion defectuosa será combatido por medios análogos. Lo mismo sucede con el *ectima caquéctico* de los viejos, que combatireis con los cuidados de la limpieza, con una buena higiene, con una alimentacion reparadora y con el uso de bebidas alcohólicas, vinos generosos, tales como el de Burdeos, reconstituyentes entre todos, gracias á la gran cantidad de tanino que contienen. Los vinos espumosos de Champagne serán muy útiles por sus propiedades excitantes, para despertar y estimular el apetito y las funciones digestivas: recomendareis ciertas aguas minerales tónicas, como las de Bauche, Marcols y Orezza: prescribireis tambien el aguardiente; 50 ó 60 gramos de viejo coñac ó de rom, adicionados con café, agua y jarabe de quina, ó con jarabe de cortezas de naranjas amargas, tomados cada dia, forman un licor eminentemente propio para restablecer una constitucion deteriorada, degradada por la edad y por la miseria. No descuidad, entendedlo bien, las carnes negras, asados, los huevos, la carne cruda y, en una palabra, todo lo que pueda levantar y reanimar el principio vital, próximo á extinguirse. Hareis que el enfermo haga en lo posible, ejercicio, ya á pié, ya en carruaje; le expondreis á la accion del sol y del aire exterior, y le obligareis á permanecer levantado todo el tiempo posible, porque los viejos soportan mal la cama; la posicion horizontal incesantemente conservada, la falta de todo ejercicio contribuye á debilitarlos, privándoles del estímulo de que están necesitados para el cumplimiento de sus funciones fisiológicas. Con todos estos cuidados y con ayuda de los medios higiénicos y medicamentosos, prolongareis con frecuencia, de una manera inesperada, existencias que

parecian haber llegado á su límite extremo, y las devolvereis el vigor que no poseerían jamás. Obrando así, sobre el conjunto de la economía y á medida que la veais llegar á mejor estado, vereis al mismo tiempo detenerse el ectima en su desarrollo, no produciéndose nuevos brotes, no formándose nuevas pústulas y desprendiéndose progresivamente las antiguas costras, cuando las partes dérmicas que cubrían han llegado á ser el sitio de una buena cicatriz.

Ectima herpético.—Este es un *herpétide maligno*, grave por sí mismo, es decir, por la lesion anatómica que lo constituye. Es necesario cuidarle en *sí mismo* y *como lesion*, por los medios que ya hemos indicado. Es una *herpétide*, ó sea una lesion sintomática de la diátesis herpética; es necesario, pues, atacar esta diátesis con las preparaciones arsenicales y hacer tomar al enfermo, cada dia, 6, 9 ó 12 de las píldoras siguientes:

Arseniato sódico.....	1 miligramo.
Extracto de genciana.....	10 centigramos.

Mézclese para cada píldora.

Estas píldoras se tomarán en tres dósis, dos, tres ó cuatro á la vez y en cada comida. Recordemos el siguiente hecho, en el que insistiremos en otro capítulo, á saber: que los medicamentos alterantes ó anti-diatésicos deben ser tomados durante las comidas, pues son entónces más fáciles de absorberse y asimilarse al mismo tiempo que lo son los alimentos, y no necesitan un trabajo suplementario y siempre fatigoso del estómago, como el que debe tener lugar para la absorcion y asimilacion de los medicamentos tomados fuera y en el intervalo de las comidas. En lugar del arsénico bajo la forma pilular, se puede administrar en el estado de disolucion y hacer tomar, en cada una de las tres comidas diarias, una cucharada grande de la disolucion siguiente:

Agua destilada.....	500 gramos.
Arseniato sódico.....	10, 12 ó 15 centigramos.

En tercer lugar, el ectima herpético no es tan sólo un *herpétide maligno* ni un síntoma de la diátesis herpética, sino que es tambien síntoma de un estado general funesto y de una constitucion más ó ménos deteriorada; por consiguiente, tendreis que cuidar, no solamente la lesion cutánea en sí misma y la diátesis herpética, sino tambien la constitucion deteriorada del enfermo; os será necesario tratar á la vez: 1.°, la lesion ó el síntoma de la enfermedad, es decir, el ectima; 2.°, la enfermedad misma, ó sea la diátesis herpética; 3.°, el enfermo, es decir, un temperamento que ha llegado á ser defectuoso, una constitucion más ó ménos acabada, una salud general deteriorada. Se llenará esta última é importante indicacion por medio de los diversos medicamentos llamados analépticos, tales como los amargos, la quina, las varias preparaciones ferruginosas y las diversas aguas minerales reconstituyentes. Estos medicamentos serán administrados simultáneamente con una ú otra de las preparaciones arsenicales ya indicadas.

Ectima sifilítico.—Como ya hemos dicho, él es á veces precoz, y entónces sintomático de la sífilis maligna galopante; otras tardío, y entónces sintomático de accidentes terciarios. En uno y otro caso indica dos cosas diferentes, y que, sin embargo, tienen una estrecha conexion: la primera es que la diátesis sifilítica existe allí con una intensidad considerable, excesiva, y que la constitucion está profundamente impregnada y saturada; la segunda es que esta impregnacion y esta saturacion han impreso á la constitucion un grado más ó ménos pronunciado, pero siempre real, de deterioracion, de extenuacion, de caquexia, áun suponiendo que la constitucion no haya sido primitivamente deteriorada. De aquí esta consecuencia, bajo el punto de vista del tratamiento: que será necesario siempre, en caso de ectima sifilítico, tener un cuidado muy especial con el estado general de las fuerzas y de la salud, y como ántes hemos dicho, de cuidar del enfermo al mismo tiempo que de la enfermedad. Es preciso no olvidar que para que un tratamiento diatésico sea bien soportado y produzca los resultados

que tenemos derecho á esperar, la salud general debe ser relativamente buena, las funciones fisiológicas, y especialmente las digestivas, proporcionalmente normales. Si administrais los medicamentos alterantes, tales como el mercurio, el yoduro de potasio, el aceite de hígado de bacalao, los ferruginosos, etc., á un enfermo que tenga fiebre, inapetencia, hastío de los alimentos, malas digestiones ó diarrea, no hareis sino aumentar los accidentes generales; los medicamentos llegarán á ser una nueva causa de trastornos funcionales muy acentuados; y como hay una relacion íntima entre el estado general y las lesiones locales, cutáneas ú otras, el estado general llega á ser más grave y las lesiones locales se agravarán tambien. En el ectima sifilítico, tan sólo por el mero hecho de su existencia, os impone la obligacion de tener ante todo un cuidado muy especial con la salud general. Os indicará que estais en presencia de la diátesis sifilítica; pero os indicará al propio tiempo que lo estais tambien en la de un estado caquéctico, y que ántes de cuidar de la sífilis es necesario poner remedio á la caquexia. Obtendreis este primer resultado por una higiene sabiamente conducida, hábilmente manejada; colocareis al enfermo en las mejores condiciones de habitacion y de aireacion; le obligareis á hacer ejercicio, bien sea á pié ó en coche; cuidareis su moral, proporcionándole todas las distracciones, todas las satisfacciones compatibles con su estado; velareis tambien las funciones digestivas, administrando un emético, despues uno ó varios purgantes, y con preferencia purgantes salinos naturales, siempre más fáciles de digerir, tales como las aguas de Birmenstorff, de Pullna, de Hunyadi-Janos, que dareis á pequeñas dósis, uno ó dos vasos, y á veces medio solamente, por las mañanas en ayunas, repitiéndolo otras tantas veces como lo indique el estado de la lengua, del estómago y de los intestinos: al mismo tiempo prescribireis tisanas amargas, de quina en maceracion, cuasia amara, infusiones amargas aromáticas, bebidas acídulas, aguas minerales naturales tónicas, aperitivas y reconstituyentes, tales como las de la

Bauche, Orezza, Marcols y de Condillac, que serán tomadas como bebida ordinaria en las comidas, mezcladas con vinos generosos, y fuera de ellas endulzadas con jarabes amargos y astringentes, como el de quina y el de corteza de naranjas agrias. Para levantar las fuerzas digestivas obtendreis buenos resultados del uso de la estricnina, que hareis tomar de la manera siguiente:

Agua destilada.....	120 gramos.
Sulfato de estrignina.....	2 centigramos.
Jarabe de menta.....	30 gramos.

Prescribireis una cucharada de esta pocion momentos ántes de cada comida. Administrada de esta manera la estrignina, es un excelente estimulante, no sólo para las funciones digestivas, sino para el conjunto del organismo; es un excelente medio para despertar y reanimar todas las funciones fisiológicas, y en particular las digestivas, que han llegado á languidecer.

Cuando bajo la influencia de estos diversos medios el estado general mejora, cuando la fiebre se ha calmado, la lengua llega á ponerse más limpia y más húmeda y el apetito ha reaparecido, entónces y sólo entónces, es cuando los medicamentos específicos pueden y deben ser administrados. El ectima sifilítico es una lesion ulcerosa, sintomática de una sífilis aguda muy grave, ó que existe despues de una sífilis de larga duracion, y entónces es uno de los accidentes terciarios y característicos. Entónces, pues, tendreis que recurrir particularmente al yoduro de potasio, el medicamento heroico por excelencia. Le dareis de uno, dos ó tres gramos al dia; una dósis mayor podría fatigar el estómago y acarrear nuevas complicaciones gastro-intestinales que empeorarían la cuestion. Hay varias maneras de dar el yoduro potásico: le hareis tomar disuelto en agua ó en jarabe de corteza de naranjas amargas. Le dareis en dos ó tres dósis para acostumbrar el estómago, ya en el intervalo de las comidas y fuera del trabajo de la digestion, ya durante las mismas. Os aconsejaré darlo disuelto en un líquido

dotado de propiedades depurativas, como es la esencia alcalina yodurada de zarzaparrilla. Cada cucharada de este líquido, además de los principios depurativos, fijos y volátiles de la zarzaparrilla, contiene 50 centigramos de yoduro potásico. Prescribimos generalmente de 2 á 4 por dia, en dos dósis, cada una de ellas tomada en un cuartillo de agua. Hay casos en los cuales es conveniente asociar el mercurio al yoduro de potasio. En estos casos podeis prescribir el jarabe de Gibert, cuyos principios activos son el yoduro potásico y el bi-yoduro de mercurio; cada cucharada contiene un centigramo de bi-yoduro de mercurio y 50 centigramos de yoduro de potasio. Damos este jarabe preferentemente con un poco de agua, y nunca prescribimos más de una ó dos cucharadas por dia. Esta preparacion tiene el inconveniente de ser con frecuencia mal soportada, de fatigar el estómago y de tener un sabor tan desagradable y de tal modo repugnante, que muchos enfermos no pueden acostumbrarse á él. En este caso preferimos dar el yoduro de potasio y el mercurio separados: además del yoduro potásico, prescribimos cada dia una píldora con 0,03 de proto-yoduro de mercurio: hé aquí la fórmula:

Extracto de genciana.....	0,10
Proto-yoduro de mercurio.....	0,03
Extracto de opio.....	0,01

m. para cada píldora.

Otras veces hacemos absorber el mercurio por el método endérmico, por medio de fricciones dadas cada dia, en las regiones donde la piel tiene más finura, con el ungüento napolitano.

Repetimos á propósito de la sífilis, lo que hemos dicho hace poco del herpetismo. El ectima anuncia siempre cierto grado de caquexia. Así es que deberemos cuidar, no solamente de la diátesis sifilítica con el yoduro potásico y el mercurio, sino tambien del estado caquéctico con diversas preparaciones fer-

ruginosas, tales como las píldoras de Vallet, el jarabe de protoyoduro de hierro, el vino de cuasia ferruginoso de Follet, la esencia ferruginosa de zarzaparrilla, el chocolate ferruginoso de Julliard, que hareis tomar en las comidas. No descuideis el vino de quina y una alimentacion tónica y reparadora.

Hemos dicho ántes que es necesario cuidar y respetar cuanto posible sea las costras, en razon de la proteccion que ejercen cubriendo las partes dérmicas escoriadas subyacentes. Esta importante consideracion os impondrá la obligacion de ser sóbrios en el empleo de los baños. Los prescribireis con reserva, en razon del inconveniente que tienen de ablandar, humedecer y hacer caer las costras. No titubeis en prescribirlos si las costras están desprendidas, dejando al descubierto las ulceraciones no cicatrizadas todavía. En este caso los baños tónicos, ligeramente excitantes, serán útiles, ya bajo el punto de vista de la salud general, ya bajo el del estado local; así, pues, los baños gelatinosos ó aromáticos producirán buenos efectos. Así es como debeis comprender el tratamiento del ectima sifilítico.

Hemos terminado el ectima: veis cuán extensa es su historía; cuantas formas diversas reviste; con cuántos aspectos diferentes se presenta, y cuántas variedades encontrais tambien en su marcha, evolucion y gravedad. Veis tambien que sucede con él, como he tenido con frecuencia ocasion de demostraros, lo que con casi todas las enfermedades de la piel que se representan á menudo como sintomáticas de estados patológicos diversos, y que, por consiguiente, se ligan de la manera más íntima á la patología interna, de la que constituyen una parte integrante é inseparable.

El ectima se confirma por caractéres tan perfectamente trazados, que todos los dermatólogos están de acuerdo en conservarle su autonomía y su individualidad propia. Hemos visto que el profesor Hardy quiere anexionarle la rupia, que perdería su nombre para no ser más que la forma más grave del ectima. El profesor Hebra le coloca con el impétigo, en el

cuarto grupo de las *dermatosis exudativas crónicas*, dando á este grupo el nombre de *dermatosis pustulosas*, porque segun él, en las dos afecciones que le pertenecen (ectima é impétigo), las pústulas se ofrecian desde el principio y constituyen toda la erupcion.

LECCION DIEZ Y OCHO.

Acné.

Señores:

Estamos en presencia de una de las afecciones más importantes de toda la dermatología. El acné reclama toda vuestra atencion, no porque encierre en sí, como ciertas otras enfermedades de la piel, tales como el ectima, el pénfigo, y sobre todo, la rupia, un carácter incontestable de gravedad; no por que esté constituido, como las tres enfermedades que hemos citado, por lesiones malignas de la piel y siempre graves en sí mismas, ó bien porque como estas tres enfermedades sea un síntoma frecuente de un estado caquéctico ó de una diátesis profundamente arraigada, y que existe en su máximun de intensidad; no. No es importante el acné por estos títulos. Su importancia la encontramos en la multiplicidad de sus formas, de sus expresiones semióticas, de sus sitios, de sus aspectos, de sus síntomas y de sus lesiones consecutivas; la encontramos tambien en su frecuencia, en su duracion siempre larga, en su tenacidad, en la obstinacion con que frecuentemente resiste los tratamientos mejor empleados; la encontramos, en fin, en las deformidades que produce; y con sólo que os diga, que su asiento es la cara, comprendereis en seguida cuánto interesa conocerlo bien.

Definiremos el acné, con M. Bazin, diciendo que es una afeccion de la piel caracterizada, ya por una lesion de las glándulas sebáceas, ya por un simple trastorno funcional de estas glándulas ó de las anexas á los pelos.

Hay, pues, respecto al sitio de la enfermedad, dos clases muy diferentes de acné: en la una son las glándulas sebáceas las lesionadas; en la otra, son las glándulas anexas á los pelos.

Cada una de estas dos clases comprende dos divisiones: así, pues, en el acné de las glándulas sebáceas, son unas veces las glándulas mismas las que están enfermas y lesionadas anatomo-patológicamente, ya en su propia sustancia, ya tan sólo en su canal escretor, ya á la vez en sí mismas y en su canal escretor; otras veces, por el contrario, la glándula y el canal escretor quedan intactos bajo el punto de vista anatómico, conservan su integridad de textura, pero la glándula llega á ser el sitio de una secrecion viciosa bajo diversos aspectos. Hay, pues, dos especies de acné de las glándulas sebáceas: la primera consiste en una lesion de todo, ó sólo de una parte del aparato secretor; la segunda depende de un simple trastorno funcional de este aparato que permanece sano.

De la misma manera en el acné de las glándulas anexas á los pelos, nos encontramos las mismas dos variedades: ya son las glándulas mismas, con ó sin, su canal escretor las atacadas y alteradas en su estado anatómico; ya, por el contrario, quedan éstas intactas, libres de toda lesion, y solamente su secrecion llega á hacerse viciosa; de suerte que, para las glándulas anexas á los pelos, encontramos, como para las glándulas sebáceas, dos especies de acné: el acné por lesion del aparato secretor en totalidad, ó en parte, y el acné por simple trastorno de secrecion.

¿Queremos ahora investigar cuál es la *lesion elemental*, la *lesion madre*, la *lesion anatómica primitiva* del acné? ¿La encontraremos siempre *una* y siempre la misma, como en el ectima, en el impétigo, la rupia, el eczema ó el líquen? No; la misma diversidad que acabamos de comprobar relativamente á su sitio, á su individualidad y á su constitucion morbosas, hemos de observar tambien en su lesion anatómica primitiva: veremos que esta lesion es variable, múltiple, complexa.

Así es que encontraremos que ella consiste, ya en una sim-

ple mancha congestiva, que llamaremos *mancha barrósica*, ya será un *grano*, una elevacion *pápulo-tuberculosa*, un verdadero *tubérculo*; otras veces será una pústula, pero esta *pústula* no será siempre la misma, tambien presentará variedades: ora será *sola* y constituirá *por sí misma* toda la lesion, como en el *acné simple* ó *acné miliar;* ora, por el contrario, se encontrará implantada en el espesor y en el vértice de un tubérculo que existía ántes que ella, y que la sobrevivirá como en el *acné granuloso* ó *acné indurata*. A veces tendrá por asiento solamente el canal escretor de la glándula sebácea, como en el *acné simple;* otras veces, ocupará únicamente la misma glándula con exclusion del canal escretor, como en el *acné varioliforme*; tambien podemos verla rodeando, englobando un folículo piloso, y entónces será atravesada en su centro por un pelo, como en el *acné pilaris*.

¿Qué diremos ahora de esa gran clase de acné, independiente de toda lesion anatómica apreciable, y que tiene por carácter un simple trastorno funcional, una perturbacion de la secrecion sebácea? Aquí tambien encontraremos la variedad en el desórden. Así es que, unas veces, el producto de la secrecion sebácea, aumentada, se derrama en los tegumentos *(acné sebáceo fluente);* otras, forma, solidificándose, verdaderas costras *(acné sebáceo concreto)*, y otras, este mismo producto, en vez de ser vertido al exterior, es retenido en los canales escretores de las glándulas, los cuales dilata, y en los que se solidifica bajo forma de materia caseosa vermicular *(acné punctata)*, ó bien bajo forma de materia dura, punzante, córnea *(acné sebáceo córneo)*. Y si estos puntos duros y salientes son numerosos, transforman la piel en una especie de piel de pescado ó de reptil *(ictiosis sebácea)*.

Si ahora consideramos el acné bajo el punto de vista de su etiología y naturaleza, le veremos producido ya por una causa externa, ya, por el contrario, resultado de una causa interna de accidentes congestivos, de trastornos gástricos, ó ser la expresion de la escrófula y de la sífilis.

Esta rápida y general ojeada sobre el conjunto de la historia del acné, me parece que bastará para justificar lo que ántes os dije respecto de la importancia de esta afeccion; os demostrará cuán frecuente es; bajo cuántos aspectos y formas puede presentarse, y cuál es la multiplicidad de sus causas y sus variedades de asiento, de lesiones y de naturaleza.

Abordemos ahora el estudio detallado y profundo del acné; pero, para seguirlo con órden, empecemos por establecer que hay dos clases ó dos formas de acné muy distintas. En la primera colocaremos el acné, caracterizado por lesiones anatómicas, y que llamaremos *acné granuloso*; en la segunda, el acné, sin lesion anatómica apreciable, y consistente en una simple alteracion sebácea, en un simple trastorno funcional, le denominaremos *acné segregante*.

I.—ACNÉ GRANULOSO.

Designaremos con el nombre de *acné granuloso* una afeccion de las glándulas sebáceas ó de las glándulas anexas á los pelos, caracterizada por una, dos ó tres lesiones cutáneas, que son: 1.°, una mancha congestiva; 2.°, un tubérculo; 3.°, una pústula. Estas lesiones pueden estar aisladas ó reunidas: puede existir una, ó dos solamente, como pueden tambien existir las tres juntas; sus principales caractéres son: ser casi indolentes; tener una duracion indeterminada, muy larga; no despertar reaccion general alguna, ningun trastorno en la salud, y ser crónicas y sucesivas en su evolucion y desarrollo.

Para ser claro, metódico, preciso y completo en la nosografía del acné granuloso, consideraremos esta afeccion: 1.°, bajo el punto de vista de las lesiones anatómicas que le constituyen, su asiento y su desarrollo; 2.°, bajo el punto de vista de sus causas y de sus diferentes naturalezas; 3.°, de su diagnóstico; 4.°, de su pronóstico, y 5.°, de su tratamiento.

Lesiones anatómicas del acné granuloso. — Estas lesiones son en número de tres: una mancha congestiva, un

tubérculo y una pústula. Ordinariamente su desarrollo es sucesivo: la mancha congestiva se desarrolla primero; despues, en su superficie, aparece el tubérculo, el cual, al cabo de un tiempo variable, llega á ser el asiento de una supuracion que forma la pústula. Las tres lesiones anatómicas del acné granuloso, están entónces constituidas, y la afeccion bajo el punto de vista de sus caractéres anatomo-patológicos, es completa. Esto acontece tambien en la forma particular del acné, designado con el nombre de *acné rosáceo ó rosado*, que debe su nombre al color rojo que le da la mancha congestiva: en esta forma de acné, las tres lesiones se encuentran reunidas; existen simultáneamente. Pero no acontece siempre así; rarísima vez la mancha congestiva existe sin el tubérculo. Sin embargo, en ciertos casos la erupcion acnéica puede limitarse á producir solamente la mancha congestiva, cuando esta erupcion tiene poca intensidad por sí misma, ó cuando un tratamiento enérgico ha podido detener la enfermedad en su desarrollo, ó tambien cuando otra enfermedad intercurrente y accidental ha destruido el molímen morboso, de que debía resultar el acné completo para transportarlo á otro lugar y darle otra forma y otra manifestacion diferente. El tubérculo se desarrolla con frecuencia sobre la mancha congestiva, como en el *acné rosáceo;* pero muy á menudo tambien existe solo sin que haya habido mancha congestiva; entónces está rodeado de un círculo eritematoso, de un rojo más ó ménos acentuado, análogo á la aureola que rodea la pústula del ectima; así acontece en el acné granuloso que no es *rosáceo*. El tubérculo se termina con frecuencia por la supuracion; es decir, por la formacion de una pústula que se produce en su vértice; en este caso el acné ha sido representado por dos lesiones solamente: el tubérculo y la pústula. Pero el tubérculo puede no supurar, no engendrar la pústula, y quedar en el estado tuberculoso hasta su desaparicion, y en este caso habrá sido *sólo* la expresion anatómica del acné.

Las mismas consideraciones se aplican á la pústula en el

acné *rosáceo*: existe al mismo tiempo que las otras lesiones elementales, la mancha congestiva y el tubérculo. En el *acné simplemente granuloso* y no *rosáceo*, la pústula existe al propio tiempo que el tubérculo, en el que está implantada, sin que haya mancha congestiva. Pero, en ciertos casos, puede existir *sola*, sin mancha congestiva y sin tubérculo, y entónces es la única lesion anatómica que traduce el acné; tal es el *acné simple*, tal es tambien el *acné miliar*.

Ahora bien, un hecho importante se desprende de las consideraciones precedentes. Este hecho es el siguiente: tres lesiones anatómicas distintas caracterizan el acné: la mancha congestiva, el tubérculo y la pústula. Estas tres lesiones pueden coexistir, pueden existir dos de ellas á la vez, y puede producirse una sola y bastar para constituir el acné.

Estudiemos ahora aisladamente cada una de estas tres lesiones.

1.° *Mancha congestiva.*—Esta es la que ha hecho se dé á la forma de acné en que existe, la calificacion de *acné rosáceo* ó *rosado* y de *barro*; es, en efecto, esta mancha de un color rojo, ya de un rojo claro, ardiente, como el eritema, ya de un rojo oscuro, violáceo, vinoso, como el de la erisipela ó de la escrófula; está formada por la congestion activa, inflamatoria del dérmis; desaparece á la presion del dedo para reaparecer inmediatamente: es un verdadero exantema; es el exantema *acnéico*. Su evolucion es esencialmente lenta, crónica; su duracion es siempre muy larga, indeterminada, á veces de varios años y otras veces jamás desaparece y dura toda la vida. Da á menudo la sensacion de una tension muy ligera, de un poco de calor y de prurito, pero con más frecuencia no da lugar á sensacion alguna dolorosa, molesta ni áun apreciable; existe, en cierto modo, sin saberlo los enfermos. La mancha congestiva ó eritematosa acnéica, que podríamos llamar muy bien *mancha barrosa*, tan sólo por su duracion altera la piel, la modifica, no sólo en su aspecto, sino tambien en su estructura y en sus diversos elementos constituyentes, así es que el dérmis

congestionado de una manera continua, permanente, está por lo mismo tumefacto, engrosado y forma un relieve bastante marcado; los vasos capilares venosos y arteriales, llegan á ser los canales de una circulacion más abundante, se ensanchan, se prolongan y se dilatan, llegando á hacerse visibles á simple vista: forman arborizaciones perfectamente distintas, cuyas ramas serpean en la superficie ó en el espesor del dérmis. Estas son verdaderas varices, á las que se ha dado el nombre de *varicosidades*. El cuerpo papilar, los folículos pilosos, las glándulas sebáceas sudoríparas participando de la congestion y de la inflamacion generales, se tumefactan. Pero la participacion que estos diversos órganos toman en la inflamacion es desigual, lo cual hace que su tumefaccion sea tambien desigual. Unos aumentan considerablemente de volúmen y forman prominencias, elevaciones, verdaderos pequeños tumores; otros se desarrollan en menores proporciones y áun guardan su volúmen normal; de aquí estas desigualdades, estas abolladuras, estas depresiones y esta apariencia anfractuosa y mamelonada que presentan frecuentemente las manchas barrosas. De aquí tambien estos desarrollos exagerados, hipertróficos de que llegan á ser asiento: hipertrofias que en la nariz constituyen á veces verdaderas elefantiasis, cuyo volúmen puede llegar á proporciones enormes y forman entónces una deformidad, de tal manera pronunciada, que la vida social del enfermo está en ciertos casos atacada. Consagraremos más adelante un capítulo especial á esta forma de elefantiasis, de la cual referiremos un notable ejemplo.

La mancha barrosa es unas veces única, y ocupa entónces una superficie que puede ser bastante intensa; otras, por el contrario, hay muchas manchas separadas por intervalos de piel sana; sus bordes son desiguales y franjeados, su color sufre una degradacion progresiva á medida que se acerca á la periferia. Resulta que las partes centrales tienen una coloracion más intensa que las periféricas; sin embargo, éstas no se confunden en manera alguna con la piel sana, cuyo color, siendo

normal, establece siempre una línea de demarcacion claramente marcada con la mancha barrosa.

El asiento más habitual de esta mancha es la nariz; este es el órgano en que se la encuentra con más frecuencia; este es su sitio predilecto; empieza ordinariamente por la punta de la nariz, que está en cierto modo cubierta; rara vez llega á la raíz, pero invade sus dos caras laterales; puede quedar limitada á la nariz, pero tambien puede invadir los carrillos; en este caso, no es la misma mancha: la de la nariz se encuentra separada de la de los carrillos por una zona de piel sana. Se encuentra tambien la mancha barrosa en el labio inferior y en el menton. Puede encontrarse única ó múltiple: cuando hay muchas manchas, éstas pueden ser muy pequeñas.

La evolucion de la mancha ó manchas barrosas es lenta; su desarrollo es progresivo, pero esta progresion es difícil de asegurar, pues que se opera con demasiada lentitud y de una manera casi insensible. Una vez desarrollada, puede persistir indefinidamente; la molestia que ocasiona es apénas apreciable, tanto, que los enfermos pueden hasta no sentirla.

Cuando la mancha barrosa está constituida, rara vez queda sola como lesion del acné; en la inmensa mayoría de casos, tubérculos acnéicos, como más adelante diremos, emergen de su superficie por erupciones sucesivas; se forman pústulas en el centro ó vértice de estos tubérculos, y entónces el acné rosáceo granuloso está en su período de estado, en todo su desarrollo. Puede persistir así durante un tiempo ilimitado, durante años. En esta época varía la intensidad de su coloracion; bajo la influencia de la digestion, de constipacion, de emociones vivas, de un trabajo prolongado de gabinete, de todo lo que es causa de congestion para las partes superiores, toma colores más vivos, más ardientes. Cuando espontáneamente entra en su período de declinacion, estas mismas coloraciones palidecen, se degradan, disminuyen, no sólo en intensidad, sino en superficie y extension, hasta que acaban por desaparecer completamente. Pero esta desaparicion es siempre muy lenta, ex-

tremadamente lenta en producirse. El período de declinacion es tambien largo proporcionalmente á lo que lo han sido los períodos de desarrollo y de estado. Cuando por último, la desaparicion de la mancha barrosa es un hecho, la piel no toma su coloracion y su apariencia normales sino despues de un tiempo bastante largo; queda arrugada, como engrosada, escamosa y de un color más oscuro, debido á una exageracion en la secrecion pigmentaria. En casos ménos afortunados, la mancha barrosa no se disipa, queda para toda la vida. Persiste con las variaciones de intensidad que hemos referido, sin producir complicacion alguna local ó general. Pero otras veces contribuye de consuno, con los tubérculos y pústulas, á producir esas deformidades, esas hipertrofias elefantiásicas de que ya hemos hablado.

2.° *Tubérculo.*—La segunda lesion del acné granuloso es un tubérculo y no una pápula, como pretenden ciertos autores. Recordad, en efecto, que la pápula consiste en una simple pequeña elevacion dérmica, superficial, sin prolongacion en el espesor del dérmis, en tanto que el tubérculo es un verdadero tumor, una especie de nudosidad más considerable que la pápula, y que penetra profundamente por su base en el espesor del dérmis. Cuando se presenta con el carácter de elevacion ó grano, forma una de las lesiones anatómicas del acné granuloso. Estamos autorizados para dar el nombre de tubérculo á esta elevacion ó grano.

Los tubérculos acnéicos tienen por sitio de eleccion la cara, en la cual ocupan todas sus regiones. Sin embargo, en la nariz, frente y carrillos, es donde se los encuentra con más frecuencia; se los ve tambien en el labio inferior y en el menton. Casi con tanta frecuencia como en la cara se presenta en el dorso, y principalmente en la parte superior, en la base del cuello, en las espaldas y hasta en la cintura. La parte anterior y superior del pecho es tambien uno de sus sitios habituales; jamás se les encuentra en la palma de las manos y en la planta de los piés. Estos tubérculos son de dimensiones variables; á

veces forman prominencias del grosor de la cabeza de un alfiler, y otras del volúmen de una lenteja grande. Forman cuerpo con el dérmis, del cual no pueden separarse y en cuyo espesor penetran profundamente. Su coloracion es de un rojo más ó ménos pronunciado; este color rojo las recubre en toda su extension y se prolonga por su base bajo la forma de un círculo eritematoso, de una aureola; su consistencia es dura; su número es variable, á veces sólo hay dos ó tres; ó por el contrario, hay una cantidad muy grande; tan es así, que el viérnes último os hice ver un hombre que en el dorso y pecho, pero particularmente en el dorso, los presentaba agrupados y en número tan considerable, que difícilmente se podrían contar. Hay casos en que están aislados, discretos, separados unos de otros por intervalos de piel sana, otras veces son confluentes, y, como ha dicho con razon, M. Baudot, coherentes. En el acné congestivo ó rosácco su aparicion va precedida generalmente de la mancha barrosa, desarrollándose sobre la superficie de esta mancha. Hay, sin embargo, ocasiones en que la mancha barrosa no aparece sino despues de los tubérculos. La evolucion de los tubérculos acnéicos es generalmente lenta y sucesiva; su duracion es variable, pero siempre por lo ménos de seis semanas y á veces más.

Esta duracion comprende tres períodos. El primero es el de formacion y de desarrollo: se ve el tubérculo dibujarse y elevarse progresivamente hasta que llega á su período de estado, es decir, de desarrollo completo. Entónces empieza el segundo período ó sea el de supuracion: el vértice del tubérculo blanquea, una pequeña coleccion purulenta se forma en él y se produce una cavidad en su espesor: esto es una pústula. Sin embargo, la base del tubérculo queda dura, miéntras que su vértice está reblandecido y en supuracion: hay entónces, no un tubérculo, sino un tubérculo-pústula. La pústula, al cabo de un tiempo variable, se vacía, el pus que contiene se derrama ó se concreta en una costra amarilla morena, cuya duracion y persistencia varían. El tercer período puede ser llamado de re-

solucion y de cicatrizacion. Cuando la supuracion ha cesado, la costra se separa; la induracion de la base del tubérculo que había valido á esta forma del acné el nombre de *acné indurata*, disminuye progresivamente, pero siempre con lentitud; desaparece bajo la influencia de un trabajo de resolucion y de intussucepcion, y cuando así ha desaparecido, queda en el sitio del tubérculo una coloracion de la piel debida á una hipersecrecion pigmentaria y una pequeña cicatriz como estampada que forma una ligerísima depresion. Tal es la evolucion más ordinaria del tubérculo acnéico.

Pero, como ya hemos dicho, el tubérculo puede no supurar, no dar lugar á la formacion de una pústula en su vértice y en su centro; puede solamente quedar al estado puramente tuberculoso y llegar á ser, al cabo de un tiempo, variable pero siempre largo, el asiento del trabajo de resolucion, que lo hará desaparecer sin que se haya producido supuracion alguna.

Hemos dicho tambien que la evolucion de los tubérculos es lenta y sucesiva: cuando uno ó varios tubérculos han recorrido en su evolucion los períodos que hemos indicado, y cuando ha concluido por desaparecer, otros tubérculos semejantes se forman, se desarrolla una nueva erupcion, que el dia que á su vez se extinga será reemplazada de la misma manera por otra erupcion, y hé aquí por qué la duracion del acné se prolonga indefinidamente.

El asiento anatómico de los tubérculos acnéicos se encuentra en las glándulas sebáceas, ó en las glándulas anexas á los pelos. El tubérculo es la glándula misma congestionada, inflamada, hipertrofiada. Cuando el tubérculo tiene su punto de partida ú orígen en una glándula sebácea y aquel ha supurado, se nota que la pústula, resultado de la supuracion, contiene materia sebácea alterada, pus y células epidérmicas. Si, por el contrario, el tubérculo está formado por la alteracion hipertrófica é inflamatoria de las glándulas pilosas que están encargadas de nutrir y lubrificar el bulbo pilífero, se le encuentra atravesado en su centro por un pelo ó cabello; se nota además que en el

punto de emergencia del pelo ó cabello hay una depresion, una umbilicacion correspondiente á dicho bulbo, que ha permanecido sano, exento de toda inflamacion y que, por consiguiente, ha conservado su volúmen normal. La glándula sebácea pilosa, de que está rodeado, está por el contrario engruesada, inflamada; su volúmen ha aumentado y así forma en derredor del folículo pilífero un rodete circular, saliente, que engloba el punto de emergencia del pelo, ó sea, dicho folículo. Esta forma de acné granuloso, que ocupa tambien las glándulas nutricias del sistema piloso, ha recibido el nombre de *acné pilaris*.

3.° *Pústulas*.—Las pústulas son la tercera lesion anatómica del acné. De la misma manera que las otras dos lesiones, la pústula puede existir sola, con una de las otras dos ó con las otras dos lesiones reunidas. En estos diferentes casos ha recibido nombres diversos, y de ellos resultan tambien otras formas particulares del acné.

Ahora bien, si las pústulas son pequeñas, superficiales, análogas á granos de mijo, si tienen su asiento en el rostro, nariz, menton ó los temporales, si tienen en su base una pequeña aureola, si están formadas por la dilatacion globulosa del canal escretor de las glándulas, que ha supurado y permanecido llena de pus, tendremos entónces la *pústula anéica miliar* ó el *acné miliar*.

Si la pústula está formada sólo en el conducto escretor que se ha alargado y supurado quedando sana la glándula sebácea, si el grano acnéico es del todo purulento de la base al vértice, sin que por eso la pústula sea globulosa como en el caso precedente, entónces es el *acné simple ó pustuloso*.

Si la pústula existe, tanto en el vértice como en el centro del tubérculo acnéico, es decir, si la pústula está formada en el canal escretor, miéntras que la glándula se encuentra indurada, hipertrofiada, inflamada, en otros términos, si el grano acnéico es á la vez purulento é indurado, purulento en el centro é indurado en la base, constituye entónces el *acné indurata*.

Si la pústula, como en el caso precedente, existe sobre un tubérculo, pero se encuentra atravesada por un pelo en su parte central; si está umbilicada, ó en otros términos, si el grano acnéico es purulento en su vértice, indurado ó tuberculoso en su base, umbilicado y atravesado por un pelo, se tiene en este caso el *acné pilaris*, es decir, el acné que ocupa la glándula anexa al pelo. Si la pústula se encuentra desarrollada en un tubérculo y presenta en su parte central una umbilicacion no atravesada por pelos, forma entónces el *acné varioliforme*.

Hé aquí cómo es necesario concebir la constitucion de este grano acnéico, de esta forma particular de acné que se encuentra en varias regiones y del que hemos podido observar recientemente dos bellos ejemplos: el uno en un hombre, en la cara, y el otro en una mujer, en la parte interna y superior de uno de los muslos; la glándula sebácea se inflama, se hipertrofia, se dilata por consiguiente, y forma una eminencia tuberculosa indurada en su base. Su vértice es de un color blanquizco, debido al pus que en él se produce; la glándula ha aumentado considerablemente de volúmen, pero su conducto escretor no se ha prolongado, ha conservado su longitud normal ensanchándose á veces; forma, pues, una depresion en el centro del pequeño tumor y se abre en un plano hundido relativamente á la superficie dilatada de la glándula. Hé aquí cómo se explica el ombligo.

Por último, si la pústula se presenta en un tubérculo que se desarrolla en medio de una superficie congestiva eritematosa, constituye el *acné rosado*, ó sean los barros.

Tales son las diversas formas en que se nos presenta la pústula acnéica. La duracion de esta pústula es variable; en general, se abre al cabo de un setenario, y el pus evacuado se concreta formando una costra amarilla, negruzca; pero bajo esta costra la supuracion no está agotada, porque si se levanta y se comprime la base del grano acnéico, se hace salir una gotita de pus. La supuracion puede continuarse durante varias semanas.

EVOLUCION, SÍNTOMAS Y PELIGROS DEL ACNÉ GRANULOSO.

Hasta aquí, señores, lo que tenía que deciros acerca de las lesiones anatómicas del acné granuloso.

Habreis comprendido por todos los detalles en que hemos entrado, que tratamos de una afeccion esencialmente crónica en su forma, lenta en su evolucion, larga en su duracion, sucesiva en su desarrollo.

Al lado de pústulas desecadas, de tubérculos en vías de resolucion y de cicatrices terminadas, vereis formarse nuevos tubérculos que darán lugar á nuevas pústulas. Este desarrollo sucesivo de las lesiones constitutivas, da al acné una duracion siempre larguísima, á veces interminable, tanto, que puede decirse que el acné no acabará sino despues de la destruccion completa de todas las glándulas sebáceas, y áun cuando no quedara más que una sola para servirle de asiento y de alimento.

¿No veis en la marcha del acné y del eczema rasgos evidentes de analogía?

El eczema, como el acné, procede por erupciones sucesivas. Cuando una primera erupcion eczematosa desaparece, entónces, que podría creerse que todo había acabado, se presenta una segunda erupcion, y vuelve á dar á la enfermedad nueva actividad, nueva savia; todo vuelve á empezar, todo se reanima, cuando se creía todo terminado. Sucede lo propio para el acné, con la diferencia, sin embargo, de que por parte del eczema todo se produce, todo marcha en la forma aguda; ciertamente que la duracion de la enfermedad parece ser interminable; nuevas é incesantes erupciones destruyen todos los cálculos, todas las teorías del pronóstico; pero estas erupciones son siempre vivas, rápidas en su sucesion, en sus caractéres, en su evolucion; es la agudeza en la cronicidad, es el movimiento en la inmovilidad. En el acné, por el contra-

rio, todo es largo, todo es crónico, todo es lento y perezoso, y la duracion total de la enfermedad, y sus diversas fases y sus recrudescencias sucesivas, todo se traduce en una desesperante monotonía y en una inercia que parece no tener fin.

LECCION DIEZ Y NUEVE.

Acné.

(Continuacion.)

Ya hemos dicho que el acné no da lugar á dolor alguno local. Apénas si en la forma congestiva rosácea, que podría llamarse inflamatoria, el enfermo experimenta una vaga y oscura sensacion de calor, de comezon y de tension. Frecuentemente el enfermo no se apercibe de su estado hasta que se mira á un espejo. Acontece lo propio, y con mayor razon, en otras formas de acné, en las que se encuentra, en un grado mucho menor, el elemento congestivo inflamatorio, y que por esta razon están todavía más exentas de toda sensacion que pudiera simular un dolor.

Si el acné, cualquiera que sea su forma, no es doloroso, tampoco es causa de accidentes generales; no tiene el privilegio de despertar en el seno de la economía trastornos funcionales reaccionarios, repercusiones y desórdenes simpáticos. La salud general no recibe ataque alguno. Si no ejerce influencia perturbadora en la salud, tampoco es el resultado ó la expresion de un estado caquéctico; no es, como el pénfigo, el ectima y la rupia, el síntoma de una deterioracion más ó ménos profunda del organismo, de una debilitacion del principio vital y de la degradacion del estado general de las fuerzas. No es tampoco, como el herpes, la miliar, la urticaria ó el ectima, manifestacion de una fiebre esencial; no hay una fiebre acnéica como hay una fiebre herpética, miliar, urticaria ó ectimatosa. Vere-

mos, sin embargo, más adelante, que la diátesis escrofulosa y la sifilítica se sirven de él para hacerle una de sus manifestaciones, y M. Bazín nos diría que es una de las traducciones de la artritis. Ahora bien: suponiendo que existe verdaderamente una artritis, como hay una sífilis y una escrófula, ¿no tendrá el acné otro punto de contacto con la salud general que el de estas tres diátesis? Por sí mismo él no despierta ni dolor local, ni trastornos generales de ninguna especie; no es la expresion de un estado caquéctico, ni áun, como el eritema, en una de sus formas, y como la urticaria, la consecuencia de un trastorno gastro-intestinal accidental: no es la manifestacion de una pirexia ó fiebre esencial. Empero depende, en algunas de sus formas, de la sífilis, de la escrófula y de desórdenes habituales y crónicos de las funciones digestivas. ¿Son estos, repito, los únicos puntos de contacto que tiene, ó que puede tener, el acné con la salud general? No; tiene otro que debemos señalar aquí.

Si la existencia del acné no ejerce influencia alguna perturbadora en la salud general, en cambio su supresion y su retropulsion pueden ser causa de los más serios accidentes. Nosotros hemos asistido en el curso del último estío á un hombre de unos cincuenta años, que habitaba en la calle de Laval, número 5; padecía de un acné rosáceo que le ocupaba toda la frente, la nariz y el menton; su salud general era excelente: á consecuencia de una violenta emocion, de una profunda tristeza causada por la muerte inesperada y casi súbita de una persona de su familia, la erupcion desapareció, la piel de la cara quedó completamente sana, sin huella alguna de la afeccion acnéica; pero á partir de este momento sobrevino una tos sintomática de una bronquitis tuberculosa, que se declaró sin antecedente alguno hereditario, sin que el enfermo estuviese predispuesto por accidentes torácicos anteriores, y sin que jamás nada haya podido presentir y temer en él una tísis pulmonar, á consecuencia de la cual sucumbió al cabo de cuatro ó cinco meses, á pesar del tratamiento más enérgico. Este hecho parécenos que tiene gran importancia; demuestra una vez más

la relacion íntima y la existencia de la ley de solidaridad y de equilibrio que existe entre la piel y las mucosas, y particularmente entre la piel y la mucosa pulmonar; un molímen morboso había invadido la piel de la cara; este molímen es desviado en su curso; en lugar de continuar extendiéndose en la cara, refluye, cambia de direccion y se coloca en la mucosa pulmonar; es decir, en la membrana ligada por las más estrechas simpatías con el tegumento externo. Observad de paso que la enfermedad engendrada por la repercusion es de forma crónica, como lo era la que ha sido repercutida.

El acné granuloso merece tambien fijar toda nuestra atencion por las deformidades de que es causa. No hablaremos de las deformidades, de las hipertrofias que en ciertos casos, afortunadamente raros, son sus consecuencias; no hablemos de las narices elefantiásicas, mamelonadas, de un rojo vinoso y violáceo, verdaderas monstruosidades, orígen de tantos errores para los individuos que están de ellas atacados. Estas son consecuencias del acné, pero consecuencias poco comunes, y, sin embargo, posibles; considerémoslas, pues, como excepciones, y contentémonos con señalar su existencia, sin insistir más sobre ellas. Hablemos de casos más ordinarios.

Pues qué, ¿es indiferente tener, como en el acné rosáceo, la cara de un color rojo vivo ó violado; la frente y el menton sembrados de eminencias rojas y granulosas; la nariz aumentada de volúmen, mamelonada, resaltando por su coloracion roja sobre el color relativamente pálido de la cara, si ésta no ha sido invadida, ó armonizando con ella, si ésta se halla tambien afecta de manera tal, que forman un conjunto aframbuesado? Y si este acné rosáceo existe, como es tan frecuente en la mujer, para la cual todo lo que tienda á alterar su rostro tiene siempre tan gran importancia, sobre todo cuando esta alteracion puede ser de una duracion larga ó indefinida, ¿comprendeis ahora todo lo que hay de grave en el acné?

El acné rosáceo es de todas las formas del acné granuloso, lo que da lugar á deformidades más acentuadas, pero no es el

único que las produce. El *acné indurata*, es decir, el acné á la vez tuberculoso y pustuloso, constituido por eminencias de un color rojo vinoso en su base y en sus lados, y terminadas en su vértice por un punto de supuracion amarillenta; esta forma de acné, cuando las eminencias pústulo-tuberculosas se encuentran en gran número, son prominentes y diseminadas en los hombros, dorso y pecho, ¿no constituye una deformidad grave, no sólo por su persistencia y su duracion, sino tambien por el carácter y el aspecto discordante y desagradable de sus lesiones consecutivas?

Despues de haber estudiado el acné granuloso en sus lesiones anatómicas, en su evolucion, en sus diferentes variedades, en sus síntomas, en los accidentes generales que puede ocasionar, y en fin, en las deformidades que puede engendrar y que son uno de sus caractéres y uno de sus peligros, veámosle ahora en sus terminaciones.

¿Cuándo y cómo termina el acné granuloso?

1.° *¿Cuándo termina el acné granuloso?* Es imposible decirlo de una manera precisa por dos razones: la primera, porque su evolucion afecta siempre la forma crónica y porque en este caso su duracion no está sometida á regla alguna; la segunda, porque se desarrolla de una manera sucesiva y así nunca puede saberse si despues de la curacion de los tubérculo-pústulas del último brote, se producirá una nueva erupcion ulterior, y á la desaparicion de ésta, otra nueva. Todo lo que se puede decir, es que la duracion del acné granuloso es siempre larga, que persiste con frecuencia durante varios años, y, á veces, parece ser interminable y no acabar sino con la vida cuando está abandonado á sí mismo ó cuando es refractario á todo tratamiento, como sucede con frecuencia.

2.° *¿Cómo termina el acné granuloso?* Sus modos de terminacion varían: en los casos más afortunados cede á un tratamiento bien dirigido en un período de tiempo que puede variar entre uno y dos meses; se le ve seguir entónces una marcha progresivamente decreciente, cesan de producirse nuevos

brotes, se extingue dejando tras de sí cicatrices pequeñas, deprimidas y como estampadas. Otras veces, abandonado á sí mismo y sin tratamiento, puede tambien terminarse de una manera afortunada y espontánea por vía de resolucion y de extincion. En casos ménos felices se eterniza en cierto modo sobre el sitio que ha escogido por asiento, en la cara, por ejemplo, y entónces produce esas deformidades, esas hipertrofias de que ántes hemos hablado. Se ha dicho tambien que no desaparece sino despues de haber destruido todas las glándulas sebáceas de la region que ocupa. Por último, M. Bazin ha sostenido que el acné no cesa con bastante frecuencia, sino cuando es reemplazado por accidentes más avanzados y más graves de la diátesis que representa: sufre una transformacion en el sitio que ocupa: así pues, un acné granuloso sifilítico sería reemplazado por una sifílide ulcerosa ó pústulo-crustácea: un acné escrofuloso por una escrofúlide tuberculosa ó pústulo-crustácea.

NATURALEZAS DIVERSAS Y CAUSAS DEL ACNÉ GRANULOSO.

El acné granuloso es una enfermedad de naturaleza inflamatoria. Es una inflamacion lenta, desprovista de agudeza, de forma crónica de los folículos sebáceos, de las glándulas anexas á los pelos y de los conductos escretores. Esta inflamacion puede existir á la vez en las glándulas y en su conducto escretor, como en el *acné indurata;* puede existir en el conducto escretor solamente, como en el *acné simple* y el *acné miliar;* puede existir sólo en la glándula, con exclusion del canal escretor, como en el *acné varioliforme;* puede existir, en fin, no sólo en la totalidad del aparato glandular, sino tambien en el dérmis ambiente, y producirse bajo la forma de una superficie eritematosa ó congestiva más ó ménos extensa, como en los *barros* ó *acné rosáceo.* Pero esta inflamacion inherente al sistema sebáceo, cutáneo y piloso, existe bajo la influencia de dos órdenes de causas muy diferentes: bien es el resultado de causas externas ó directas, bien de causas internas.

Acné granuloso de causa externa. — Todo lo que es para la piel una causa de irritacion puede determinar un acné, cuando en virtud de una predisposicion particular general ó de una sensibilidad ó impresionabilidad especiales, la accion irritante obra sobre las glándulas sebáceas. Así, pues, el uso de los cosméticos empleados, bien en polvos, bien sea en jabon, en linimentos ó en pomadas, es seguido con frecuencia de una erupcion acnéica. Vereis muy á menudo el acné en las actrices, á las cuales los directores de teatros imponen la necesidad de ponerse en la cara blanco ó rojo: acontece lo propio en las mujeres de mundo que, por coquetería, tienen continuamente la cara enharinada de polvos blancos, abundantes en principios aromáticos, siempre irritantes por sí mismos. Señalad, pues, estos inconvenientes, y haciendo abandonar estas peligrosas prácticas, librareis á todas estas personas de los perjuicios que pueden producirle las erupciones acnéicas que provocan.

Acné granuloso de causa interna. — Tres desórdenes diferentes de la economía son las causas de este acné: trastornos gastro-intestinales crónicos ó habituales; la sífilis y la escrófula. En otros términos hay un acné *sintomático de trastornos de las funciones digestivas*, *hay un acné sifilítico y un acné escrofuloso*. M. Bazin admite un acné artrítico. Señalamos esta última naturaleza del acné, tan sólo por respetar la opinion de un maestro; pero como no admitimos la artritis, desecharemos, por consecuencia, el acné sintomático de una diátesis que no podemos reconocer.

1.° *Acné sintomático de trastornos gastro-intestinales.*— El acné, y principalmente la forma barrósica ó rosácea, es con frecuencia el resultado de accidentes gástricos repetidos, de digestiones laboriosas, de hábitos viciosos relativamente al régimen alimenticio, á la eleccion de alimentos y al abuso de los alcohólicos; el acné rosáceo existe con frecuencia en los gastrónomos, en los grandes bebedores, en los que comen con demasiada precipitacion y se dedican al trabajo inmediatamente despues de la comida, y no se colocan en las condicio-

nes deseadas para favorecer el trabajo de la digestion; hay una estrecha simpatía entre la cara y el tubo gastro-intestinal. Siempre que éste se encuentra congestionado, sobrecargado, irritado, se refleja este desórden en la cara, cuya coloracion se hace más animada, congestionándose á veces de la manera más intensa. Se comprende muy bien que, si esta congestion es habitual, puede acarrear la inflamacion de las glándulas sebáceas, y hacerse ésta permanente bajo la forma de *barros*. La constipacion ordinaria y tenaz es tambien una causa de acné rosáceo, en virtud del mismo principio de solidaridad que une el estado fisiológico ó morboso de los intestinos al del tegumento externo de las partes superiores. Así, pues, hay una forma ó una naturaleza del acné, que es principalmente el acné rosáceo, que es ocasionada por trastornos en la circulacion cutánea de la cara, trastornos dependientes de un sistema digestivo mal reglado, de hábitos poco higiénicos, de falta de ejercicio, de habitar en lugares muy calientes y mal aireados; y en una palabra, de todo lo que puede ser causa de congestion para la piel de las partes superiores del cuerpo, y en particular de la cara.

2.° *Acné sifilítico*.—La sífilis, en el último período de sus accidentes secundarios, puede estar representada por el acné; constituye entónces una forma particular de acné que llamaremos con M. Hardy *sifílide pustulosa acneiforme*, ó *acné sifilítico*, ó *sifílide acnéica*. Encontramos en la sifílide acneiforme los mismos elementos que en el acné ordinario: un tubérculo y una pústula; pero el tubérculo es mucho ménos voluminoso y la pústula no tiene con frecuencia sino el volúmen de un grano de mijo. Cada tubérculo-pústula está rodeado en su base de una aureola, pero esta aureola no es de un rojo eritematoso, como en el acné ordinario; es de color más pronunciado, violáceo, oscuro, parecido al color del jamon crudo; y éste, que pertenece á la sífilis, este tinte rojo moreno, recubre toda la parte del tubérculo que no ha sido ocupada por la pústula. Además, la base del tubérculo está rodeada fre-

cuentemente en la sifílide acnéica, no sólo de esta aureola rojo morena, sino tambien de un círculo epidérmico, descrito con el nombre de gargantilla de Biett, y que es tambien uno de los atributos de la sífilis.

La sifílide acneiforme puede existir en todo el cuerpo, pero principalmente en la cara, el dorso, la region lumbar y los miembros inferiores: su evolucion es larga, de dos á tres ó cuatro meses, porque procede por brotes sucesivos: la evolucion de cada pústula es lenta, se verifica en el espacio de dos á tres setenarios; al cabo de este tiempo la pústula se rompe, el pus que contiene forma una costra negruzca, pesada en desprenderse, y deja al descubierto el pequeño tubérculo, el cual no desaparece á su vez sino lentamente por un trabajo de absorcion, dejando un tinte morenuzco pigmentario en el sitio que ocupaba, y con más frecuencia tambien, una pequeña cicatriz superficial.

3.° *Acné escrofuloso ó escrofúlide acnéica.*—Esta forma ó esta naturaleza de acné ha sido bien estudiada por M. Hardy. Su asiento más habitual es la cara y en particular la nariz. Su carácter escrofuloso se manifiesta por la aureola de color vinoso, patognomónico de la escrófula, que rodea cada tubérculo-pústula; está indicado tambien por numerosas elevaciones ó asperezas duras, puntiagudas, que dan al dedo la sensacion de pequeños puntos agudos y punzantes que tienen la consistencia del cuerno. Tambien M. Hardy le ha designado con el nombre de *escrofúlide acnéica córnea*: esta materia, dura y puntiaguda, no es otra cosa que la materia sebácea, concretada é indurada en los canales escretores, que traspasa bajo formas de elevaciones agudas y punzantes: cuando se desprende, se percibe en el sitio que ocupaba gran número de pequeños agujeros que son los orificios abiertos de los canales escretores dilatados y que han quedado vacíos. Cuando despues de varias erupciones sucesivas de materias sebáceas la afeccion glandular ha entrado en vías de resolucion y ha terminado por desaparecer, deja tras sí cicatrices indelebles, más profun-

das que las cicatrices del acné ordinario: son debidas al trabajo atrófico por que se terminan todas las lesiones cutáneas de la escrófula cuando se curan: las concreciones córneas de materia sebácea, y en particular las cicatrices de que acabamos de hablar, constituyen en esta forma de acné dos caractères patognomónicos de su naturaleza escrofulosa.

Diagnóstico del acné granuloso.—Esta importante cuestion del diagnóstico es muy compleja; encierra en sí dos principales: el diagnóstico del género acné, es decir, de la enfermedad cutánea en sí misma y el diagnóstico de su naturaleza.

1.° Diagnóstico del género acné.—¿Cuáles son las afecciones con que puede confundirse el acné?

Hemos visto que el acné, en una de sus formas, en su forma córnea, es de naturaleza escrofulosa; en otros términos, que es sintomático de la escrófula. Pero sería preciso que todas las formas de acné fuesen sintomáticas de la diátesis escrofulosa. Hay una, en particular, cuya fisonomía es engañosa bajo este punto de vista; tal es el acné rosáceo; no pertenece absolutamente á la escrófula, y sin embargo, afecta cierto aire de semejanza con una de las más frecuentes manifestaciones cutáneas de la escrófula, con la escrofúlide eritematosa ó eritema escrofuloso. Una y otra tienen el mismo asiento: la nariz, los carrillos, el menton y la frente; ámbas tienen una coloracion roja congestiva, exantemática, que desaparece á la presion del dedo, reapareciendo inmediatamente despues; las dos afectan la forma crónica, son lentas en su evolucion y están exentas de dolor local, así como de reaccion general; y por último, se encuentran en la misma edad, es decir, de los 20 á los 50 años.

Pero si existe entre estas dos afecciones de diferente naturaleza, puntos engañosos de semejanza, existen otros que impiden sean confundidas. Así, pues, en ambas afecciones, el asiento es el mismo, es verdad; pero en la escrófula, el eritema está dispuesto en placas más anchas, más salientes. Estas placas son muy elevadas, reposan sobre una capa

de tejidos engrosados, hipertrofiados, y están claramente circunscritas por un reborde saliente. Por parte del acné rosáceo, por el contrario, las manchas congestivas están al nivel de la piel sana, no están, pues, separadas por una línea de demarcacion regular, están como desparramadas, salpicadas y sin elevacion. Las dos afecciones se traducen por una coloracion roja, pero no es igual en ámbas el enrojecimiento. En el eritema escrofuloso, el rojo es pronunciado, vinoso, violáceo; en el acné rosáceo, es más claro, más vivo y se aproxima al rosa. En el eritema escrofuloso las superficies rojas quedan lisas, unidas y se cubren de esas escamas blanquecinas, muy adherentes y nacaradas, que unidas al eritema, constituyen la escrofúlide eritemo-escamosa; en el acné rosáceo, por el contrario, las superficies rojas están llenas de arborizaciones que forman las varicosidades arteriales y venosas; están sembradas de elevaciones desiguales y de eminencias, formadas por los tubérculos acnéicos, los cuales quedan como granulosos y mamelonados; estos tubérculos supuran, el elemento pustuloso se une al elemento tuberculoso y al eritematoso. Nada semejante se produce en la escrófula. Por último, el eritema escrofuloso está fijo é invariable, siempre permanece igual; este es precisamente uno de los caractéres más importantes de las lesiones cutáneas de la escrófula. El acné rosáceo, por el contrario, es notable por las modificaciones que se operan en su superficie; las diversas lesiones que le constituyen no se producen todas á la vez; se reemplazan unas á otras, y si es de una duracion indeterminada y á veces interminable, es en virtud de brotes sucesivos que le perpetúan, en cierto modo, indefinidamente. Con estos caractéres diferenciales se podrá distinguir siempre el acné rosáceo de la escrofúlide eritematosa.

Consideremos ahora el acné principalmente bajo el punto de vista de su elemento pustuloso, y veamos con qué otras afecciones cutáneas, pustulosas tambien, puede ser confundido.

¿Será con el sicosis? No, porque las pústulas sicósicas ocu-

pan principalmente las regiones vellosas de la cara, como el menton, el labio superior, las regiones submaxilares y laterales de los carrillos; miéntras que las pústulas del acné, cuando residen en las glándulas sebáceas, se asientan de preferencia en la nariz, en la frente y en las partes superiores de los carrillos, es decir, en las regiones donde el sistema piloso se halla en estado rudimentario; además, las pústulas del sicosis se desarrollan con frecuencia en los tubérculos sicósicos ó mentagrosos, de base ancha, irregular, de consistencia blanda, de superficie plana ó redondeada, que difieren, por consiguiente, de los tubérculos redondeados, duros, puntiagudos y aguzados del acné. Pero si tenemos un *acné pilaris*, es decir, un acné que tiene su asiento en una region vellosa y localizado en las glándulas sebáceas anexas á los folículos pilosos para nutrirlos con el producto de su secrecion, el diagnóstico será más difícil; sin embargo, se establecerá por el carácter diferente de sus pústulas. Así es que si se trata del sicosis, la inflamacion existe en el mismo folículo piloso, éste está tumefacto, existe una pústula en su interior y se ve atravesado por un pelo en su parte media, constituyendo así la eminencia que forma la parte saliente del pequeño tumor. Si se trata, por el contrario, del *acné pilaris*, la inflamacion existe fuera del folículo piloso, en las glándulas anexas, y ellas son, por consiguiente, las que están tumefactas y las que forman las pústulas. El folículo piloso queda con sus proporciones normales en el centro de la pústula, es ménos saliente y constituye la depresion central ó umbilicacion. Así, pues, la pústula del acné pilaris está umbilicada; la pústula sicósica, por el contrario, está aguzada.

¿Podremos confundir el acné con el ectima? No, porque el ectima está caracterizado por pústulas anchas, redondeadas, no aguzadas, que descansan directamente sobre el dérmis y no sobre una eminencia é induracion tuberculosas; no dura más que tres ó cuatro dias; dejan tras sí una costra seca, negruzca, engastada en el dérmis mismo. Las pústulas del acné, por el contrario, son pequeñas, puntiagudas y en forma de granos de

mijo; se hallan implantadas, ya en el vértice de un tubérculo, ya solas, pero entónces desprovistas del círculo inflamatorio que rodea las pústulas del ectima, y su duracion es de varias semanas.

Confundiremos todavía ménos las pústulas tan persistentes y de evolucion tan lenta y tan crónica del acné, con las pústulas amarillentas, de color de miel, exudantes, efímeras y fugaces del *impétigo,* que dejan tras sí costras espesas, duras, húmedas y de un amarillo de miel. El acné está caracterizado anatómicamente por un tercer elemento, que es el tubérculo. Pero la sífilis, la escrófula y el cáncer cuentan igualmente al tubérculo entre sus lesiones anatómicas y sus manifestaciones semeióticas. Veamos, pues, cómo los tubérculos del acné se distinguirán de los otros.

El tubérculo del acné es redondo, liso, sin aristas salientes; no produce dolor, su base está rodeada de un círculo rojo violáceo, y este mismo color se prolonga en toda su superficie; es puntiagudo, y muy frecuentemente pustuloso en su vértice; no tiene tendencia alguna á hacerse ulceroso, y desaparece á la larga, dejando una mancha cicatricial superficial.

El tubérculo de la sífilis es redondeado, aplanado en el vértice, no aguzado; no llega á ser pustuloso, su base no está rodeada de aureola eritematosa; toda su superficie es de un color pronunciado rojo moreno, está desprovisto de epidérmis, y la lámina epidérmica, en el punto en que éste se desprende, forma en su base una especie de círculo, al que se ha dado el nombre de gargantilla de Biett. Este tubérculo no es asiento de dolor alguno; se termina por resolucion, en el espacio de dos á tres meses, y llega á ser el sitio de una ulceracion que presenta todos los caractéres de una úlcera sifilítica.

Los tubérculos de la escrófula son muy pequeños, no dolorosos, blandos, de un color cobrizo, y tienen una tendencia ulcerosa tan pronunciada, que se le debe considerar como el primer grado de la ulceracion escrofulosa de la piel, mejor dicho, de la escrofúlide ulcerosa, ó lo que es lo mismo, del lupus

ulceroso, cuyas grietas y destrucciones de los tejidos se operan, ya en superficie, ya en profundidad.

El tubérculo canceroso es duro, anguloso, tiene aristas salientes, es asiento de dolores lancinantes, tiene una tendencia fatal á la ulceracion, y esta ulceracion posee todos los caractéres de la úlcera cancerosa; al propio tiempo se presenta la tumefaccion de los gánglios linfáticos, en tanto que los tubérculos acnéicos los dejan completamente intactos. Tales son los caractéres con ayuda de los cuales se distinguirán fácilmente los tubérculos del acné de los tubérculos del cáncer, de la escrófula y de la sífilis.

Así, pues, cualquiera que sea la forma bajo la cual se presente el acné, ya sea provisto de sus tres lesiones anatómicas reunidas, ya no se presente sino con dos de ellas, ó solamente con una de estas lesiones, será siempre posible diagnosticarlo bajo el punto de vista genérico.

LECCION VEINTE.

Acné.

(Continuacion.)

2.° **Diagnóstico de la naturaleza del acné.**—Pasemos ahora á la segunda parte del diagnóstico, es decir, al diagnóstico de la naturaleza de la afeccion que nos ocupa.

Dado un acné, ¿cuál es su naturaleza? ¿Es de causa externa, sin raíz en la economía? ¿Está bajo la influencia de trastornos gastro-intestinales? ¿Es sifilítico? ¿Es escrofuloso? Tales son las cuestiones que nos quedan que examinar ahora, bajo el punto de vista del diagnóstico.

a. *Acné de causa externa.*—Diagnosticareis que un acné es de causa externa: 1.° Cuando sepais que la persona que lo padece ha hecho uso de sustancias irritantes para la piel, de diversos cosméticos cargados de aceites esenciales aromáticos, cuya presencia debe ser para la piel una causa permanente de excitacion. 2.° Cuando en el acné producido no encontreis ninguno de los caractéres que pertenecen, bien á la sífilis, bien á la escrófula. 3.° Cuando la integridad de las funciones digestivas se ha conservado y no podais encontrar por este lado la causa de la enfermedad.

b. *Acné causado por trastornos gastro-intestinales y por una mala higiene.*—El acné rosáceo es especialmente la consecuencia de la accion de esta causa y apénas si tendreis que remontar el efecto producido á la causa productora cuando sepais que el enfermo tiene hábitos de intemperancia, que usa

con largueza de los alcohólicos y que lleva una vida muy sedentaria, que padece estreñimiento, etc.

c. Acné sifilítico.—Declararéis que un acné es de naturaleza sifilítica cuando le veais ocupar casi toda la extension del cuerpo, la frente, la cara, el dorso, los lomos y los miembros superiores é inferiores; cuando su existencia coincida con la tumefaccion específica de los gánglios cervicales é inguinales; cuando las pústulas estén rodeadas de un círculo rojo moreno más pronunciado que el tinte eritematoso habitual del acné; cuando, independientemente de esta coloracion patognomónica, encontreis en la base de los pústulo-tubérculos una gargantilla de Biett; cuando, en fin, los antecedentes del enfermo sean relativos á la sífilis.

d. Acné escrofuloso.—Diagnosticareis que el acné es una *escrofúlide* cuando se asiente en la nariz y en las partes vecinas de los carrillos; cuando sea córneo; cuando entre las asperezas salientes que presente se encuentren cicatrices profundas, anfractuosas, que ocupen las partes anteriormente enfermas y curadas con la atrofia habitual de la escrófula; en fin, cuando el enfermo tenga una constitucion escrofulosa.

PRONÓSTICO DEL ACNÉ.

El pronóstico del acné no será generalmente grave si considerais las lesiones anatómicas en sí mismas que están exentas de todo carácter de malignidad y que por consiguiente no podrían atacar á la salud del enfermo.

Pero no obstante, bajo otros puntos de vista, el acné os hará formar un pronóstico grave; no sólo con respecto á su duracion, que es siempre larga, y que por eso puede ocasionar al enfermo mil errores, mil engaños, sino tambien en razon á las deformidades que causa en la cara, en razon además á las modificaciones profundas que puede acarrear en el volúmen, forma é integridad de las partes afectas, de la nariz, por ejemplo. Por otra parte, el pronóstico variará segun la naturaleza del acné;

así pues, será distinto el pronóstico del acné de causa externa y del acné sifilítico ó escrofuloso: es bien evidente que en estos dos últimos casos debeis formar un pronóstico más grave y en consideracion de la diátesis de que es expresion el acné; el sifilítico, en particular, os llevará á un pronóstico grave, en razon de que es un accidente casi terciario, es decir, la manifestacion de una sífilis antigua y profundamente arraigada en la economía.

TRATAMIENTO DEL ACNÉ.

El tratamiento del acné debe deducirse de la sana apreciacion de su naturaleza. Nos encontramos en esta afeccion dos naturalezas distintas, que suministrarán cada una su indicacion terapéutica. Esta será, desde luégo, la naturaleza de la afeccion, considerada en sí misma, hecha abstraccion de su valor ó de su carácter semeiótico. El acné tiene por carácter proceder de una inflamacion; esta inflamacion es seguramente especial; es notable por su forma esencialmente crónica, insidiosa, latente, indolora y sin reaccion alguna general. El acné consiste en la inflamacion de las glándulas sebáceas; el carácter inflamatorio del acné es muy fácil de comprobar en el acné rosáceo. Cada mancha congestiva es manifiestamente una inflamacion del dérmis; cada tubérculo acnéico es, no ménos claramente, el resultado de la turgescencia inflamatoria de una glándula sebácea.

El Dr. Hebra opina de distinta manera; pues cree que el acné rosáceo, en lugar de provenir de un proceso inflamatorio, consiste en realidad en la formacion de nuevos tejidos conjuntivos y vasculares, y que, por consiguiente, debe colocarse entre las escrecencias de nueva formacion. Hebra sostenía esta doctrina en 1845 y hoy declara que permanece fiel á ella.

Nosotros no podemos participar de la opinion del dermatólogo de Viena; suponiendo, como él pretende, que el acné rosáceo

consiste en la *formacion de nuevos tejidos conjuntivos y vasculares, y que es preciso colocarlo entre las escrecencias de nueva formacion*, sería necesario probar tambien que estos pretendidos tejidos conjuntivos no son de orígen congestivo é inflamatorio, prueba que será difícil de obtener.

Persistimos en creer que la primera naturaleza que el terapeuta debe considerar en el acné, mirado en sí mismo y como afeccion genérica, es la naturaleza inflamatoria; que la segunda naturaleza es la de la diátesis ó de los trastornos generales ó simplemente locales, de que es síntoma el acné. Tal es la doble apreciacion que debe dictar y dirigir el tratamiento, sin perder de vista, por una parte, que se trata de una afeccion que procede de un trabajo inflamatorio, y por otra, que esta afeccion se presenta como la expresion de estados morbosos diversos, cuyas indicaciones terapéuticas son, por consiguiente, distintas.

Dicho esto, estableceremos que el tratamiento del acné variará segun sus diversas formas, y segun tambien sus diversas naturalezas. Siempre que esteis en presencia de un acné, debereis indagar si está bajo la dependencia de una causa interna, y entónces, contra esta causa ó diátesis, debereis dirigir, desde luégo, y ante todo, vuestra medicacion. Así, pues, si el acné es sifilítico, sometereis inmediatamente á vuestro enfermo al tratamiento antisifilítico. El acné es uno de los accidentes secundarios más tardíos, ó más bien, un accidente intermediario entre los accidentes secundarios y los francamente terciarios; quizás el tratamiento por el mercurio será insuficiente: no obstante, empezareis por dar todos los dias una píldora de tres centigramos. Si no veis un resultado satisfactorio, asociadle el yoduro de potasio, un gramo ó dos por dia, ó bien dad todos los dias dos grandes cucharadas de jarabe de Gibert (cada cucharada de este jarabe contiene 50 centigramos de yoduro de potasio y un centigramo de biyoduro de mercurio). Tal debe ser, en semejantes casos, vuestra medicacion, dirigida particularmente contra la diáte-

sis y contra la constitucion más ó ménos deteriorada del enfermo que debeis curar. Pero la lesion acnéica misma, no tocadla; no existe sino sostenida por la diátesis. Tratad la diátesis; y á medida que ella disminuya y desaparezca por el tratamiento, vereis la lesion cutánea desaparecer progresivamente. Si, por el contrario, quereis por una medicacion intempestiva, atacar desde luégo la lesion cutánea y obrar sobre ella por tópicos dotados de propiedades activas, debereis temer que su accion excitante no hará más que obrar sino muy ligeramente sobre la erupcion acnéica, y bajo la misma influencia irritante la lesion cutánea tomará un carácter más grave, como, por ejemplo, transformarse el acné en un ectima, ó áun en una rupia sifilítica. Así, pues, en un acné sifilítico, no empleis ningun ó casi ningun tratamiento local; contentaos con los baños emolientes, polvos aislantes, absorbentes y secantes, destinados á preservar las pequeñas pústulas de todo contacto, de toda adherencia, de todo frotamiento irritante.

Consideraciones semejantes se aplican al acné escrofuloso; tratareis la diátesis escrofulosa por los yódicos, el aceite de hígado de bacalao, los ferruginosos, los amargos, etc. Pero al mismo tiempo os preocupareis del accidente cutáneo; la diátesis escrofulosa, esencialmente lenta y tardía en su marcha y en la evolucion de sus síntomas, no os infundirá los mismos temores que la diátesis sifilítica, relativamente á la exacerbacion de sus lesiones semeióticas. Podreis, pues, tocar á la lesion acnéica, que os ofrecerá una indicacion especial que cumplir. Debereis apresurar la caida de las costras ó concreciones acnéicas córneas, que hacen la superficie de la piel áspera, desigual y punzante; todas estas elevaciones son de la materia sebácea; es decir, de la materia grasa concreta; disolvedlas por lociones alcalinas frecuentemente repetidas; prescribid, pues, lociones prolongadas y renovadas varias veces por dia, con una disolucion más ó ménos concentrada de sub-carbonato sódico. Haced disolver tres ó cuatro gramos de esta sal en un vaso de agua caliente, y recomendad al enfermo se lave, bañe

y friccione todas las partes acnéicas con esta solucion caliente y fuertemente alcalina.

Cuando las concreciones sebáceas hayan sido disueltas y desprendidas por estas lociones alcalinas, debereis en seguida obrar sobre las mismas glándulas sebáceas por diversos tópicos sólidos ó líquidos que deberán modificar la vitalidad morbosa de estas glándulas, y cambiar la naturaleza de su secrecion que se ha hecho viciosa. Hablaremos más adelante de estos diversos tópicos.

Si se trata de un acné, cuya existencia esté ligada á desórdenes gastro-intestinales, á excesos alcohólicos, á una alimentacion muy suculenta, á la constipacion, á una vida sedentaria, en una palabra: á una higiene sumamente defectuosa, y que desarrolla por sí misma predisposiciones funestas, debidas á una constitucion pletórica ó bilioso-sanguínea; si se trata, por consiguiente, de un acné congestivo ó rosáceo, ó de un acné indurado, porque, como hemos dicho, estas son las formas del acné, que son el resultado de las causas que acabamos de enumerar; estas causas serán, desde luégo, las que debemos combatir. No olvidemos el principio: *sublata causa, tollitur effectus*; modificaremos la higiene del enfermo, le prescribirémos el ejercicio á pié, una vida activa, el uso de lavatorios frios, purgantes salinos repetidos, segun las indicaciones; le someterémos á una alimentacion suave, fácil de digerir; le prohibirémos los licores, los vinos muy generosos, las viandas muy suculentas; estimularémos las funciones del estómago con bebidas amargas ó alcalinas, como las aguas de Vals, de Condillac y de Vichy, tomadas en las comidas; en una palabra, procurarémos cocerlo en condiciones opuestas á las que han desarrollado su acné; esto es lo primero que hay que hacer. Estas mismas prescripciones se aplican con mayor razon al acné de causa externa, que no tratareis jamás de curar sin haber primero suprimido la accion de las causas irritantes que lo han producido, tales como los licores, pomadas y polvos odoríferos de que las mujeres hacen un uso tan frecuente y tan

dañoso. Así, pues, en el tratamiento del acné, investigad, desde luégo, cuál es su naturaleza y cuáles son sus causas, y apoyad en esta apreciacion ó en este diagnóstico las primeras indicaciones terapéuticas que hay que llenar.

Pero esto no basta; vuestro tratamiento no debe limitarse á atacar el mal por la espalda, en su fuente, en su orígen; debe ser tambien local, externo y directo, al ménos que no se trate, como ya hemos dicho, de un acné sifilítico. Hablamos actualmente de las dos formas más comunes del acné: el acné rosáceo y del *indurata*. En estas dos formas, el acné es *una inflamacion;* es la inflamacion del aparato glandular sebáceo, y tambien del dérmis ambiente en una extension más ó ménos grande; pero, ¿es necesario atacarle por un tratamiento local antiflogístico, ó por lo ménos emoliente, por ejemplo, con cataplasmas emolientes? No; el empleo de los emolientes, si bien parece racional al pronto, no produce buen efecto; la inflamacion acnéica es una inflamacion particular, *sui generis*, de evolucion excesivamente lenta, de asiento especial, por lo que los emolientes no ejercen sobre ella casi ninguna accion sedativa. Este es un hecho sobre el cual la experiencia ha pronunciado ya su fallo. Cubrid una cara acnéica de cataplasmas de fécula de patatas, y no disminuireis casi nada ni el color eritematoso del rostro, ni la elevacion de los tubérculos.

Es necesario buscar recursos en modificadores locales, enérgicos, que tengan por resultado inmediato producir una inflamacion local más ó ménos viva, que pueda llegar á ser, y que llega á ser, en efecto, una inflamacion sustitutiva.

Con este fin se pueden emplear lociones con una disolucion de sublimado en las proporciones siguientes:

Agua destilada.....	120 gramos.
Sublimado.....	1 gramo.

Poned una cucharada de café de esta disolucion en la cuarta parte de un vaso de agua, próximamente, para cada locion.

Se han preconizado las lociones con el agua de Barèges, pero

son insuficientes. M. Bazin ha aconsejado pinceladas repetidas cada dos, tres ó cuatro dias, con el aceite de enebro; pero rara vez el aceite de enebro es bastante enérgico para producir un resultado satisfactorio: es ineficaz. M. Bazin no teme, en estos casos refractarios, prescribir una pomada compuesta de:

Manteca de cerdo.....	30 gramos.
Bioduro de mercurio.....	20 gramos.

Se extiende una ligera capa sobre las partes enfermas y se produce una inflamacion muy viva que se traduce por una erupcion de pústulas de impétigo, seguida de costras gruesas; cuando estas costras han caido, M. Bazin manda hacer una segunda aplicacion de la misma pomada y así continúa hasta la completa modificacion de las partes enfermas. Este medio tiene el inconveniente de ser muy doloroso, de producir una inflamacion muy violenta, seguida de pústula y de costras gruesas. Preferimos la locion siguiente, recomendada por M. Hardy, y que empleamos con mucho éxito:

Sulfuro seco de potasio.....	5 gramos.
Tintura de benjuí.....	5 gramos.
Agua.....	300 gramos.

Se pone una cucharada de las de sopa al principio, y despues dos cucharadas de esta disolucion en un vaso de agua fria y se recomienda al enfermo se locione de una manera prolongada tres ó cuatro veces por dia; segun el grado de impresionabilidad de la piel, se aumenta ó disminuye la cantidad de la solucion. El enfermo se locionará así todas las superficies barrosas, todas las superficies sembradas de tubérculos de acné indurata, y en el espacio de diez á quince ó veinte dias, se ve seguir á la enfermedad hácia una rápida declinacion; las manchas congestivas palidecen, los tumores se borran progresivamente y así continúa hasta la desaparicion completa de las lesiones cutáneas. Este resultado puede obtenerse en el espacio de uno á dos meses.

El tratamiento local del acné simple, del acné miliar y del acné varioliforme, viene á ser el mismo; si bien no hay necesidad de que sea tan enérgico; dósis atenuada del mismo medicamento, ó modificadores ménos poderosos, bastarán para obtener la curacion.

II.—ACNÉ SEGREGANTE.

Despues de haber estudiado en todas sus fases las diversas formas de acné que componen la primera clase que hemos designado con el nombre genérico de *acné granuloso*, tratemos ahora de la segunda clase de esta afeccion, constituida por los *segregantes*.

No encontramos aquí lesiones anatómicas; no hay manchas congestivas, ni tubérculos, ni pústulas; no hay sino un simple trastorno funcional, un desórden en la secrecion sebácea. Esta secrecion se ve alterada, modificada en su manera de ser. Ya esté aumentada y se derrame al exterior, constituyendo entónces el *acné sebáceo fluente*; ya cuando ha sido vertida en cantidad exagerada sobre los tegumentos, se solidifica y se concreta bajo la forma de costras: este es el *acné sebáceo concreto ó costroso*. Otras veces la materia sebácea, alterada en su naturaleza, espesada, pero no aumentada en cantidad, es retenida en los canales escretores, los dilata y queda en su interior sin formar eminencia muy apreciable en la superficie de la piel: este es el *acné punctata*. Otras veces tambien la materia sebácea es retenida—sin que su secrecion vaya en aumento—en los canales escretores, se endurece y llega á convertirse en una sustancia córnea; sale fuera y se eleva por encima de los orificios dilatados, bajo la forma de puntos salientes, y constituye entónces el *acné sebáceo córneo*.

Así, pues, dos desórdenes se producen en la secrecion de la materia sebácea; esta secrecion exagerada en su cantidad y derramada al exterior, queda húmeda *(acné sebáceo fluente)*, ó bien se endurece, se concreta y llega á hacerse costrosa *(acné*

sebáceo concreto ó costroso); ó bien, por el contrario, la secrecion sebácea, sin sufrir exageracion, es retenida en el canal escretor; unas veces queda allí detenida, visible al nivel de su orificio que ha dilatado *(acné punctata)*; otras veces toma la consistencia del cuerno y forma fuera de los canales escretores una ó varias eminencias, de las cuales algunas tienen el aspecto y la forma de cuernos *(acné sebáceo córneo)*.

Estudiemos separadamente cada una de estas cuatro formas del acné segregante.

1.° *Acné sebáceo fluente.*—Es la exageracion en la produccion de la materia sebácea. En estado normal, esta materia es segregada en cantidad suficiente para lubrificar la piel, para darle su flexibilidad, para hacerla suave, húmeda y extensible: empero si se siente, si se aprecia la presencia y la accion del humor sebáceo, no se le ve, no se le comprueba materialmente; es absorbido, utilizado al mismo tiempo que se produce; se escapa á nuestros sentidos. En estado patológico, por el contrario, y en el caso que constituye el *acné sebáceo fluente*, la materia sebácea es segregada en tanta abundancia, que no puede ser absorbida; es derramada en la superficie de la piel y queda y se estanca en ella. Hay aquí algo de análogo á lo que pasa en el catarro leucorreico uterino y vaginal: en la leucorrea uterina y vaginal, en efecto, las glándulas muciparas no están orgánicamente enfermas, únicamente su producto es muy abundante. Hay aquí tambien algo análogo á la secrecion exagerada de las glándulas sudoríparas, á esa diaforesis atónica y morbosa, á veces generalizada, pero con más frecuencia localizada en las regiones palmares y plantares: algo, en fin, que recuerda tambien los flujos mucosos é intestinales que se producen fuera é independientemente de toda enfermedad intestinal y á los que se ha dado el nombre de *diarrea serosa*.

En el acné sebáceo fluente, el humor sebáceo se derrama como un verdadero flujo, fuera de sus canales escretores; se extiende en la piel, forma una verdadera capa húmeda, visi-

ble y apreciable al tacto; se ve de una manera muy clara que toda una region está bañada de un líquido; este líquido es de un color ligeramente amarillo-oscuro; da á las partes que cubre un aspecto luciente; es oleoso, de consistencia grasosa, glutinosa, engomante y pegajoso. Si se aplica la mano sobre esta region, se la retira toda mojada y bañada de este líquido, el cual no es otro que la materia sebácea; su olor es desagradable; si se prolonga su estancia en la superficie de la piel, llega á ser una causa de irritacion que se traduce á veces por un color ligeramente eritematoso, y al mismo tiempo moreno, á causa de una secrecion pigmentaria que es su consecuencia.

Las regiones más expuestas al acné sebáceo fluente son: el cuero cabelludo, la frente, la nariz, los carrillos y la zona genital; en la mujer, principalmente, el cuero cabelludo está con frecuencia húmedo, los cabellos están empapados, pegados unos con otros; están grasientos y engrasan todo lo que tocan; si por ellos se pasa la mano, ésta se moja; esta humedad permanente y constante acaba por alterar los cabellos, podrir su raíz y hacerlos caer. Es una de las causas más frecuentes de la calvicie. En la frente, en la nariz y en los carrillos, el acné sebáceo fluente no es ménos desagradable. Parece que una capa de aceite ó de materia grasosa cualquiera ha sido colocada en todas las partes, cuyo contacto tiene por sí mismo algo de repugnante. En la region genital, el acné sebáceo fluente merece una mencion especial; existe en el hombre y en la mujer. En el hombre es el que pone la piel de las bolsas, del periné, de los pliegues genito-crurales y de la cara interna y superior de los muslos, engomante y pegajosa; pero sobre todo, en las mujeres gruesas, linfáticas y de piel fina, es donde se le observa con más frecuencia y con más intensidad. Los muslos muy voluminosos están en un contacto íntimo é inmediato; en la marcha ejercen uno sobre otro un frotamiento considerable; están húmedos al principio por la secrecion abundante de las glándulas sudoríparas que abundan en esta region, despues por los líquidos diversos que se evacuan de las partes genitales.

Pero este contacto, estos frotamientos, la presencia constante de estos líquidos, con frecuencia irritantes por sí mismos, y añadamos tambien, las excitaciones del sentido genésico, todo forma una reunion, un conjunto de causas que desarrollan, que exageran la vitalidad de esta region, y que, por consiguiente, pueden provocar una hipersecrecion sebácea. Siempre esta hipersecrecion es muy comun en esta region, contribuye á hacerla más húmeda todavía, forma sobre toda su superficie una capa viscosa y glutinante, cuyo olor es desagradable y nauseabundo, y cuya presencia llega á ser una nueva causa de irritacion para la piel, aumenta la secrecion pigmentaria y produce, por consiguiente, en la cara externa de los grandes labios, en los pliegues genito-crurales y en la cara interna y superior de los muslos, una coloracion negruzca muy marcada, que se hace reluciente por la capa sebácea grasienta oleosa que la cubre. Esta hipersecrecion acnéica, cualquiera que sea su asiento, no es nada dolorosa; no trae consigo ninguna otra molestia que la de la presencia siempre incómoda y desagradable de un cuerpo graso; afecta poco tambien la salud general, que no sufre por su parte ataque alguno. La única alteracion anatómica que ocasiona es una dilatacion de los canales sebáceos escretores.

2.° *Acné sebáceo concreto ó costroso.*—En esta otra forma de acné hay, como en la primera, hipersecrecion del humor sebáceo; este humor sebáceo producido en cantidad exagerada, es tambien, como en el *acné sebáceo fluente,* vertido al exterior; pero en vez de quedarse y estancarse en el estado líquido, en vez de manifestarse en los tegumentos como una capa oleosa, se concreta, se solidifica de manera que forma una sustancia costrosa, una verdadera costra, la cual es al principio de un color gris amarillento; las variaciones atmosféricas no tardan en volverla negra; su espesor y su superficie son variables; su consistencia es grasosa y húmeda; se deja amasar entre los dedos como la cera; se adhiere poco á los tejidos subyacentes, de los cuales se desprende con facilidad casi siempre.

Esta costra se encuentra en todas las partes donde se produce el acné sebáceo fluente; en el cuero cabelludo, en la frente, en la nariz, en los carrillos y en el dorso; á excepcion, á veces, de la zona genital, donde no se la encuentra, porque el roce de las partes, su humedad, su baño continuo por los líquidos que proceden de la vagina ó producidos en la misma region, impiden que la dicha costra se forme y dejan la materia sebácea en el estado líquido.

En el cuero cabelludo, el acné sebáceo concreto ó costroso aglutina los cabellos, los pega, hace una especie de fieltro, de concha espesa, grasienta, de un olor fétido, siendo imposible el arreglar los cabellos. En la cara, las costras se manifiestan á veces, se hacen confluentes y forman una especie de máscara. En el surco de las alas de la nariz llegan á veces á su mayor grado de espesor. En el dorso son más secas, más adherentes, se desprenden más difícilmente de los tejidos subyacentes y conservan más largo tiempo la coloracion amarillenta, porque están al abrigo de la influencia del aire; toda la extension de la region dorsal puede estar sembrada de estas costras, desde las espaldas hasta la region lumbar.

3.° *Acné punctata.*—En las dos formas de acné de que acabamos de hablar hemos visto que el principal trastorno funcional que se produce, es la hipersecrecion del humor sebáceo. Así, en la forma que hemos llamado *acné sebáceo fluente* se evacua al exterior y conserva su estado líquido. En la forma *ácné sebáceo costroso ó concreto*, por el contrario, se solidifica y se convierte en una costra de aspecto y consistencia especiales.

En las dos formas de acné sebáceo que nos quedan que estudiar no habrá hipersecrecion; la cantidad de humor sebáceo producido no estará aumentada, sufrirá una doble modificacion morbosa: primero, modificacion en su naturaleza; segundo, modificacion en su escrecion. En estas dos formas no se evacuará al exterior; no se extenderá sobre la superficie cutánea, sino que permanecera detenido y como aprisionado en los ca-

nales escretores, en el interior de los que sufrirá una doble alteracion, en virtud de la cual se constituirán dos formas distintas de acné.

Habreis visto con frecuencia ciertos rostros sembrados de pequeños puntos negros, análogos á granos de pólvora. Parece como si hubiesen recibido un tiro de fusil y los granos de la pólvora se hubiesen quedado engastados en el espesor de la piel; tal es, en su aspecto exterior, el *acné punctata*. Estos pequeños puntos negros, que casi no traspasan la superficie de la piel, son los orificios dilatados de los canales escretores de las glándulas sebáceas; contienen el humor sebáceo que los distiende, hasta el punto que se hacen perceptibles á la vista. El humor sebáceo, permaneciendo así en el interior de los canales escretores, se altera, deja de ser líquido, toma una consistencia semi-sólida, análoga á la materia melicérica; esta consistencia le permite conservar fuera del canal la forma de una cinta prolongada que le había dado el calibre del tubo escretor, en el que había sido retenido y comprimido como en un molde. De suerte, que si se ejerce una presion circular con una llave, por ejemplo, alrededor del orificio del canal escretor, esta presion hará salir la materia sebácea bajo forma de una cinta blancuzca ó de una lombriz. Todo este humor sebáceo vermiforme, contenido en el interior del canal, es de un blanco grisáceo, miéntras que la parte superficial, la que se encuentra en la extremidad del canal escretor y al nivel de los tegumentos, es negra; ella es la que constituye el punto negro, cuyo color no es otra cosa que el humor sebáceo alterado en su color y ennegrecido por todos los contactos exteriores.

Tal es el *acné punctata*. Se le encuentra en la frente, en la nariz, en los carrillos, en el dorso y en la parte superior del pecho; no es doloroso; es frecuente, sobre todo, en la edad de 15 á 30 años; su duracion es indeterminada; abandonado á sí mismo, puede persistir años enteros sin ocasionar molestia alguna. M. Moquin-Tandon ha descubierto en la materia sebácea que lo contituye un insecto microscópico, una especie de aca-

rus, al que ha dado el nombre de *demodex*. Este acarus había sido visto é indicado la primera vez por el profesor Simon.

4.° *Acné córneo*.—Esta forma difiere del *acné punctata*: primero, en que la materia sebácea retenida en los canales escretores, se endurece en ellos hasta el punto de tomar la consistencia del cuerno; segundo, en que esta materia sebácea, así endurecida, se eleva sobre el nivel de la piel, conservando al exterior la forma redondeada, cilíndrica ó enroscada que le había dado el calibre del canal escretor, en el interior del cual había sido retenido, endurecido y como amoldado. Elevándose de este modo sobre el nivel de la piel, bajo la forma de eminencias más ó ménos prominentes, la materia sebácea forma otros tantos puntos duros, punzantes y córneos, que dan al tacto la sensacion seca y picante que se experimentaría tocando una piel de reptil ó de pez; así, pues, esta forma de acné sebáceo ha podido ser considerada como constituyendo una de las formas del *ictiosis* ó una falsa ó pseudo *ictiosis*, á la que se ha dado el nombre de *ictiosis sebácea*. No podemos admitir ni esta denominacion, ni esta teoría, porque nosotros debemos considerar la *ictiosis* como constituido única y exclusivamente por una alteracion del epidérmis desviado en su secrecion, modificado en su manera de ser y alterado en su naturaleza. Nosotros separamos, pues, completamente el acné sebáceo córneo, afeccion inherente á las glándulas sebáceas, de la ictiosis, afeccion esencialmente epidérmica y constituida por una degeneracion del epidérmis; por consiguiente, nosotros abandonamos, como una mala denominacion y propia tan sólo á consagrar un error de apreciacion en cuanto á la naturaleza de la enfermedad, la calificacion de *ictiosis sebácea*, con la que se ha querido designar y caracterizar una pretendida forma de ictiosis.

Así, pues, la piel puede estar erizada de un número más ó ménos considerable de eminencias duras, puntiagudas, córneas y punzantes; estas eminencias no son otra cosa que la materia sebácea que ha sido retenida y endurecida en el inte-

rior de los canales escretores, de los cuales sale, pero conservando la consistencia y la forma que en ellos había tomado. Casos de esta especie, han hecho comparar la piel de las personas atacadas de esta afeccion, á la de un erizo ó de un puerco-espin.

Puede ocurrir que en lugar de eminencias múltiples haya una sola, y á veces esta eminencia única toma proporciones considerables. Las hemos visto elevarse varios centímetros por encima del nivel de la piel, teniendo su base en un conducto escretor dilatado, y siendo contorneadas, torcidas sobre sí mismas y terminarse en punta como un cuerno de carnero.

El acné sebáceo córneo se asienta principalmente en la piel de la frente, de la nariz, de la parte más saliente de los carrillos, al nivel de los huesos pómulos; esta forma de acné no causa por sí misma dolor alguno; pero cuando se presenta con una ó varias eminencias, como la que acabamos de hablar, llega á ser doloroso por el contacto de estas eminencias, con los objetos exteriores. En efecto, cada vez que tiene lugar un contacto entre un cuerpo exterior y estas producciones córneas, éstas se encuentran conmovidas, sacudidas, estiradas en su parte interna, que se adhiere íntimamente á las paredes de los canales escretores y producen siempre un dolor muy vivo, el cual puede acarrear la inflamacion y la tumefaccion de los tejidos cutáneo y celular ambientes. Estas producciones córneas podrían llegar, si no están protegidas contra todo contacto ó violencia exterior, á proporciones mucho más considerables. Abandonadas á sí mismas, y sin que obre sobre ellas ninguna causa destructora, su duracion y su crecimiento podrían ser hasta cierto punto indefinidos: algunas veces se desprenden por sí mismas espontáneamente, ó son arrancadas por un roce cualquiera; entónces, si persiste la causa bajo cuya influencia se han desarrollado, se reproducen; otras veces caen y no vuelven nunca á reaparecer.

Naturaleza de las diversas formas de acné sebáceo.— En el acné granuloso no hemos encontrado caractéres de

herpetismo. A pesar de la denominacion de *herpes pustuloso diseminado* que le ha dado Alibert, no hemos reconocido en él el sello del herpes. Hemos visto en él la duracion larga, persistente y la recidividad, pero no hemos comprobado ni la simetría, ni, sobre todo, el prurito, este carácter tan importante y tan comun de las afecciones herpéticas; y sin negar absolutamente la presencia del vicio herpético en el acné granuloso, nosotros no hemos podido comprobarle de una manera bastante clara, para establecer que el acné granuloso es quizas una de las manifestaciones del vicio herpético; ó en otros términos: que hay un acné granuloso herpético, como hemos reconocido uno sifilítico, otro escrofuloso, otro sintomático de trastornos gastro-intestinales, y otro, en fin, producido por una causa externa ó local.

En cuanto al acné sebáceo, cualquiera que sea su forma, ya sea *fluente* ó *concreto*, *punctata* ó *córneo*, encontramos en él todavía ménos el sello del herpetismo, y declaramos, de una manera más terminante, que, para el acné granuloso, que no es de naturaleza herpética, no tiene ninguno de los caractéres de las afecciones herpéticas; no tiene, tampoco, el carácter de las sifílides, y es independiente de trastornos funcionales, cualquiera que ellos sean, y en particular digestivos. ¿Existe, pues, el acné sebáceo, sin razon alguna de ser general, sin causa alguna diatésica, sin raíz alguna en la economía é independientemente de toda huella constitucional? ¿Permanece como un hecho patológico aparte, aislado, exento de toda reaccion, de todo resentimiento general, como está exento é independiente tambien de toda causa general? Se podría ciertamente sostener esta opinion, y sentar en principio que el acné sebáceo es una simple exageracion ó una alteracion de la secrecion del humor sebáceo, producida y sostenida sin razon de ser apreciable, del mismo modo que se ven ciertas diaforesis palmares y plantares, ciertos flujos mucosos intestinales, ciertas evacuaciones vaginales y uterinas existir tambien sin afeccion general. Sin embargo, es de observar, que esta desvia-

cion en la secrecion sebácea existe frecuentemente con un temperamento escrofuloso. ¿Hay aquí una simple coincidencia, ó una relacion de causa á efecto? Creemos que esta relacion puede, y debe establecerse en principio, y nosotros diremos que el acné sebáceo es uno de los atributos de la escrófula y una de sus manifestaciones. Sin duda que no encontramos en él los caractéres marcados de las afecciones cutáneas escrofulosas, pero decimos que esta hipersecrecion, esta alteracion en la naturaleza del humor sebáceo, tiene lugar bajo la influencia y como consecuencia del vicio escrofuloso, como lo prueba la razon siguiente, sacada de la observacion clínica, á saber: que en la inmensa mayoría de los casos, los individuos escrofulosos son los que están atacados de acné sebáceo.

Diagnóstico.—Lo que se trata de reconocer es el asiento anatómico de la afeccion, que ocupa las mismas glándulas sebáceas. La presencia del humor sebáceo sobre la piel será el indicio manifiesto; siempre que veais la piel de la cabeza, de la frente, de la nariz, de los carrillos, del dorso y de la zona genital cubierta de un humor grasoso, oleoso, pegajoso, de reflejos brillantes, de una coloracion un poco oscura y que moja y engrasa los dedos al tocarlo, diagnosticareis con estos caractéres la hipersecrecion de la materia sebácea extravasada. Sólo ella produce este desórden y da lugar á ese estado particular de la piel, que le es especial y que nos hará conocer sin vacilacion el acné sebáceo fluente.

Siempre que encontreis en las mismas regiones costras de un amarillo oscuro, de una consistencia grasosa, que se dejan aplastar entre los dedos y amasar como la cera, desprendiéndose con facilidad de la superficie, no escoriada ni ulcerada, de los tegumentos subyacentes que han permanecido sanos, reconocereis con estos caractéres la existencia de un acné sebáceo concreto; sólo él da lugar á esta especie particular de costras, que están formadas exclusivamente de materia sebácea, concreta, sin mezcla alguna de pus, de serosidad ó de sangre, y sin lesion alguna aparente de la piel. Recordad las cos-

tras del eczema, del impétigo, del ectima ó de la rupia, y vereis que por su fisonomía, por su manera de ser, por su composicion, por su consistencia, por los productos que las han formado y por el estado ulceroso de los tegumentos que cubren, se distinguen tan completa y visiblemente de las costras sebáceas, que nunca encontrareis dificultad en diagnosticar estas últimas. Por consiguiente, el diagnóstico del acné sebáceo fluente y del acné sebáceo concreto nunca os será difícil.

Lo mismo acontece con el diagnóstico del *acné punctata* y del *acné corneo*. Esos puntos negros parecidos á los granos de la pólvora engastados en el espesor del dérmis; esa materia grasienta, blanquecina, semi-sólida y vermiforme, que una presion ejercida alrededor de cada punto negro hace salir del tejido dérmico, no tiene nada análogo en la dermatología, y caracterizan tan manifiestamente el *acné punctata*, que no es posible la menor incertidumbre.

En cuanto al acné córneo, cuando está constituido por un gran número de eminencias duras y puntiagudas, que dan al tacto la sensacion de una superficie seca, áspera, punzante y como cornificada, se podría tomar, sin duda, por una ictiósis córnea. Pero una atencion minuciosa podrá siempre distinguir estas dos afecciones, cuya lesion anatómica es esencialmente diferente. Ya hemos dicho que nosotros no admitimos la ictiósis sebácea, pues que ésta no es sino un acné córneo; reservamos la denominacion de ictiósis á una afeccion esencial y exclusivamente epidérmica, pues si la sensacion suministrada por el tacto en estas dos afecciones es casi la misma, los caractéres anatómicos son del todo diferentes.

En la ictiósis, las eminencias, las rugosidades están formadas por el epidérmis engrosado, hipertrofiado, alterado en su manera de ser, deformado, completamente desprovisto de la suavidad que le da en el estado fisiológico la secrecion sebácea, la cual se encuentra suprimida y abolida en la ictiósis. Por otra parte, la ictiósis es una afeccion congénita; por lo comun, está generalizada; se la encuentra en todas las regio-

nes, y ménos en la cara que en las demas partes del cuerpo.

En el acné sebáceo, por el contrario, las eminencias, las rugosidades, están constituidas, no por el epidérmis, sino por la materia sebácea y concreta endurecida. Podremos convencernos de esto de la manera siguiente: si se desprende con la punta de un alfiler y con la mayor precaucion una ó varias de estas puntas salientes y se las tiene sujetas por cierto tiempo al calor de la mano, se concluirá por reblandecerlas y darlas poco á poco una consistencia grasienta que quitará toda incertidumbre que hubiere acerca de su verdadera naturaleza. Hay más aún: en el punto de implantacion en la piel, se verá que la base de cada una de estas eminencias penetra en un canal escretor, cuyo orificio aparecerá dilatado y abierto cuando se haya extraido la concrecion sebácea que por su permanencia en él lo había ensanchado. Añadamos tambien que el acné sebáceo córneo no se presente apénas más que en la frente, en los carrillos y en la nariz, y que entre las eminencias que lo caracterizan hay siempre cicatrices que son debidas á folículos sebáceos curados ó destruidos y de una erupcion más antigua. Con ayuda de estos caractéres, se podrá siempre distinguir el acné sebáceo córneo de la ictiósis; esta distincion será muy fácil si el acné córneo no está representado más que por una ó dos eminencias solamente; el volúmen de estas eminencias y su desarrollo harán imposible toda duda.

Así, pues, el acné sebáceo tiene caractéres tan patognomónicos, que no podrá confundirse con él ninguna otra afeccion; no se le confundirá tampoco con el acné granuloso, que se distingue de él claramente por las lesiones anatómicas que la representan y por la ausencia de trastorno alguno apreciable en la secrecion del humor sebáceo.

Tratamiento.—Dos indicaciones hay que llenar en el tratamiento del acné sebáceo; la primera consiste en hacer desaparecer de la superficie de los tegumentos la materia sebácea producida en cantidad exagerada ó alterada en su naturaleza y que permanece en la piel bajo diversas formas; la segunda

tiene por objeto modificar la vitalidad de los folículos á fin de que su secrecion sea normal bajo el doble punto de vista de su cantidad y de su naturaleza.

1.° Bien que el humor sebáceo se haya extendido en la superficie de la piel como una materia líquida y oleosa, como en el acné fluente; ó bien que se haya concretado bajo las formas de costras grasientas, como en el acné concreto; ya que sea retenido en el interior de los canales escretores, como en el acné punctata, ó que salga de ellos en estado sólido, como en el acné córneo, en todos estos casos y bajo una ú otra de estas formas no constituye otra cosa que la materia sebácea muy abundante ó alterada. Ante todo, es preciso hacerla desaparecer; su presencia en los tegumentos, en estado líquido ó en estado de costra, constituye una molestia, una deformidad repugnante, de las cuales los enfermos desean verse libres. Para esto prescribireis lociones alcalinas: concreto ó líquido, el humor sebáceo es una sustancia oleosa, grasosa, soluble en una sal alcalina. Haced, pues, disolver en agua caliente una cantidad variable de subcarbonato de sosa, segun que querais obtener una disolucion más ó ménos concentrada, por ejemplo, de seis á ocho gramos en un litro de agua; y recomendareis á los enfermos se hagan, con esta solucion, lociones repetidas cuatro ó cinco veces por dia y bastante prolongadas para producir una accion eficaz. Las mismas lociones, pero más concentradas, bastarán, al cabo de un tiempo más ó ménos largo, para disolver igualmente las concreciones superficiales del acné punctata y las eminencias del acné córneo. Las lociones hechas con el jabon de Marsella podrán producir tambien el mismo resultado, pero con ménos prontitud y ménos seguridad. Así pues, en esta primera fase del tratamiento quitareis la materia sebácea alterada ó en exceso, pero se reproducirá bien pronto en las mismas condiciones anormales.

2.° La segunda parte del tratamiento tendrá por objeto obrar sobre las glándulas sebáceas mismas y cambiar, por media de tópicos modificadores, su manera de ser morbosa; ope-

rar en ellas una accion sustitutiva y alterante que vuelva su vitalidad á su estado normal, y por consecuencia que restablezca su secrecion en las condiciones fisiológicas de cantidad y de naturaleza.

Para obtener este resultado se emplearán diversas lociones dotadas de propiedades excitantes y capaces de modificar la secrecion sebácea. Los diversos líquidos que recomendamos para estas lociones son:

Bien una disolucion de sublimado en las proporciones siguientes:

Agua destilada.....	120 gramos.
Sublimado.....	1 gramo.

Para poner una cucharada pequeña en la cuarta parte de un vaso de agua fria.

O bien esta otra disolucion compuesta de:

Tintura de benjuí.....	5 gramos.
Sulfuro de potasio.....	5 gramos.
Agua.....	300 gramos.

para poner una cucharada grande en medio vaso de agua fria.

Tambien aconsejamos pinceladas repetidas varias veces por dia con el aceite de enebro puro.

Estas diversas lociones pueden emplearse sucesivamente y tambien pueden alternarse con las lociones alcalinas ántes indicadas.

Se me olvidaba deciros que si el acné sebáceo, cualquiera que sea su forma, existe como sintomático de la diátesis estrumosa, no deberá olvidarse el tratamiento de la diátesis de que es manifestacion.

LECCION VEINTIUNA.

Sicósis.

Señores:

Se designa con el nombre de sicósis una afeccion inflamatoria de los folículos pilosos, caracterizada por una pústula que rodea el punto de emergencia de los pelos, que se asienta sobre una base por lo comun indurada, y que puede dar lugar á complicaciones flegmásicas en el tejido celular subyacente bajo la forma de abscesos, de forúnculos y de tubérculos.

El sitio de eleccion del sicósis es el menton, el labio superior, las partes laterales de la cara, las regiones submaxilares, la nuca, las axilas, el púbis, los muslos, las piernas, y en una palabra, todas las regiones vellosas. No le hemos visto jamás en el cuero cabelludo y en la raíz de los cabellos, excepto en la region occipital en la calvicie.

Se encuentra el sicósis designado tambien indiferentemente con el nombre de mentagra (*menti* ἄγρα, enfermedad del menton). Rechazamos esta denominacion como impropia, porque tiende á hacer creer que el menton es la única region accesible al sicósis, miéntras que hemos visto que puede invadir y ocupar todas las regiones vellosas del cuerpo. Mencionamos, pues, el nombre de *mentagra*, tan sólo como memoria y como nombre histórico, pero lo abandonamos para servirnos únicamente del nombre de *sicósis*.

El sicósis es una de las enfermedades de la piel conocidas de

más antiguo: Plinio da de ella una buena descripcion en su *Historia natural* (libro XXVII, cap. I). Nos dice que se observó en Roma en tiempo del emperador Tiberio; que había sido llevada del Asia por un caballero romano; que era contagiosa y que se transmitía por el beso que, como saludo, se daban los romanos. Esta afeccion ocupaba con particularidad el menton, pero invadía tambien toda la cara (á excepcion de los ojos), el cuello, el pecho y las manos; producía lesiones no dolorosas, pero de una fealdad repugnante; granos y ulceraciones de donde salía un humor amarillento; las mujeres estaban exentas de padecerla. El único medio de curar esta afeccion horrorosa, dice Plinio, era cauterizar todas las partes afectas, y si la cauterizacion no era bastante profunda, si no penetraba hasta los huesos, el mal reaparecía; de manera, añade el autor que citamos, que si la enfermedad por sí misma era notable por sus horrorosas deformidades, su tratamiento no era ménos temible por las deformes cicatrices que dejaba tras sí. Esta descripcion se aplica evidentemente al sicósis.

Entre los autores modernos, Bateman es el primero que ha dado de él una idea exacta. Rayer lo ha descrito bastante bien, pero no conocía bien ni su asiento anatómico preciso, ni su naturaleza contagiosa, la cual niega; tambien el tratamiento que él preconizaba se resentía de la vaguedad, de la incertidumbre, de la ignorancia que había tenido relativamente á la naturaleza de esta enfermedad, contra la cual recomendaba las sangrías del brazo, las aplicaciones de sanguijuelas alrededor de los límites de la erupcion, etc.

Devergie describe tres formas diferentes de sicósis: dos formas para el que él llama *sicósis menti*, la forma *tuberculosa* y la forma *pustulosa*; y una tercera forma, que él llama la forma *pilaris*, y que tiene su asiento en la frente, en la region temporal, en el vértice de la cabeza, en el occipucio y en todas las regiones pobladas de pelos. Tampoco conocía el verdadero asiento del sicósis. Nos dice que no son los folículos pilosos el verdadero asiento del sicósis, sino que lo es la piel en todo su

espesor, el tejido celular subcutáneo y los ganglios del cuello, que pueden afectarse é infartarse.

Hebra coloca el sicósis en el tercer grupo de las que él llama *dermatosis exudativas crónicas*, y le designa indistintamente con los nombres de *sicósis* ó *acné mentagra*.

M. Bazin y su discípulo M. Baudot nos dan, bajo el punto de vista anatómico, una justa idea del sicósis. M. Bazin es el primero que ha sabido encontrar é indicar el verdadero asiento del sicósis. «La mentagra ó sicósis, nos dice este maestro, es una afeccion caracterizada por la inflamacion de los folículos pilosos. Puede encontrarse en el mayor número de las regiones cubiertas de pelos, en el púbis, en las axilas y en el cuero cabelludo; pero se desarrolla particularmente en diferentes partes de la cara: el labio superior é inferior, el menton y las mejillas.» M. Bazin es tambien el primero que ha indicado y demostrado su naturaleza parasitaria.

Despues de haber hecho á nuestro antiguo y muy eminente colega y maestro la justicia debida, nos permitiremos dirigirle algunos reproches. Desde luégo comete la falta de emplear indistintamente en su definicion, y como sinónimas, las dos denominaciones de *mentagra* y sicósis. En efecto, con la precision que siempre debe tener el lenguaje de la ciencia, ¿cómo aplicar la denominacion de *mentagra* (enfermedad del menton) á una afeccion que podemos encontrar, como el mismo autor nos lo dice, en el mayor número de las regiones cubiertas de pelos, en el púbis, en las axilas y en el cuero cabelludo? Pero no es esto todo: vamos á ver á M. Bazin, llevado por su irresistible tendencia de dividir, de desmenuzar las cuestiones más homogéneas, despues de haberlas agrandado demasiado, vamos á verle, decimos, hacer con el sicósis lo mismo que le reprochamos hiciese con el impétigo. Le hemos visto, en efecto, extender desmesuradamente los límites del impétigo y de esta enfermedad, cuyos caractéres son tan marcados y tan acentuados en el sentido de una individualidad patológica, de una individualidad morbosa única, le hemos visto establecer dos

enfermedades, el *impétigo* y la *melitagra*. Del mismo modo en el sicósis, llega á *distinguir* y *establecer* dos variedades: la *mentagra pustulosa* y el *sicósis*, segun que, en la lesion anatómica, vea predominar el elemento pustuloso ó el elemento pápulo-tuberculoso. Todas estas divisiones, ¿no son complicaciones y dificultades creadas arbitrariamente y que oscurecen la inteligencia de los hechos, al mismo tiempo que tienen el inconveniente de sobrecargar la memoria de nombres inútiles que debieran ser suprimidos de la nomenclatura dermatológica como una superfetacion estéril y embarazosa?

Pero aún hay más; en el impétigo había visto M. Bazin, para la escrófula, dos manifestaciones diferentes: una benigna y otra maligna, segun que las lesiones cutáneas sean las del impétigo ordinario, ó segun que tomen la forma del *impétigo rodens*.

Para la sífilis describe tambien dos variedades de impétigo: la variedad de forma benigna y la variedad de forma maligna. Ya hemos demostrado en nuestra conferencia sobre el impétigo, que estas pretensiones de nuestro ilustre colega y maestro no podrán ser admitidas, y que el impétigo no tiene derecho ni título alguno para figurar en la historia de la escrófula y de la sífilis. Pero las pretensiones semeióticas de M. Bazin, para el sicósis, son aún mayores: «Yo admito, dice, cinco especies de mentagra: 1.ª, artificial; 2.ª, parasitaria; 3.ª, sifilítica; 4.ª, artrítica; 5.ª, escrofulosa.»

Nosotros admitimos, con M. Bazin, el sicósis artificial y el sicósis parasitario; pero no podemos concederle el sicósis sifilítico, que él mismo confiesa no es otro que el acné pustuloso sifilítico. «La afeccion, dice, reside lo mismo en las glándulas anexas al folículo, que en el folículo mismo.» Si esto es así, ¿por qué hablar de un sicósis sifilítico, cuando no se trata más que de un acné? No hay, pues, sicósis sifilítico. Tampoco hay un sicósis escrofuloso. Éste, segun el mismo autor, comienza por ser parasitario; pero, bajo la influencia de la constitucion escrofulosa, la inflamacion de los folículos pilosos continúa

despues de la destruccion de los parásitos, y se forman ulceraciones de naturaleza escrofulosa. Hé aquí lo que M. Bazin llama sicósis estrumoso. Pero esta explicacion y esta denominacion no pueden ser aceptadas. En efecto, cuando el parásito ha sido destruido y la inflamacion persiste irradiándose á los tejidos periféricos, no es un sicósis; es una inflamacion que ocupa toda la piel y áun el tejido celular subcutáneo, inflamacion resultante del tratamiento empleado, y sostenida quizas tambien por la mala constitucion del enfermo: no admitimos, pues, el sicósis escrofuloso. No reconocemos tampoco el sicósis artrítico, porque no podemos admitir la diátesis artrítica.

En resúmen, diremos que M. Bazin merece el honor de haber señalado el verdadero asiento anatómico del sicósis; que él es el primero, tambien, que ha reconocido y descrito su naturaleza parasitaria, demostrando la existencia del tricófiton en el folículo piloso. Pero tambien la verdad nos forzará á añadir que, bajo la pluma de este maestro, la nosografía del sicósis no ha tenido ni la precision, ni la exactitud, ni la claridad que parecía deberle asegurar la designacion de su verdadero sitio y de su verdadera naturaleza en la mayoría de los casos.

Despues de esta excursion por el terreno bibliográfico, entremos ahora en el fondo de nuestro objeto, y estudiemos el sicósis bajo sus diferentes aspectos, á fin de tener de él una idea, á la vez precisa y completa. Vamos á considerarle sucesivamente bajo los puntos de vista siguientes: 1.°, de sus lesiones anatómicas, de su evolucion y de sus complicaciones; 2.°, de su asiento; 3.°, de sus síntomas y de su duracion; 4.°, de su naturaleza; 5.°, de su diagnóstico y pronóstico; 6.°, de su tratamiento.

LESIONES ANATÓMICAS, EVOLUCION Y COMPLICACIONES DEL SICÓSIS; SU ASIENTO, SU DURACION Y SUS SÍNTOMAS.

Anatomo-patológicamente considerado, el sicósis está caracterizado por dos lesiones: un tubérculo y una pústula.

El tubérculo es pequeño, de base estrecha, que se hunde bastante profundamente en el espesor del dérmis: su color es ligeramente rosado, estando por lo comun varios tubérculos reunidos formando grupo. Este grupo se presenta en una superficie de extension variable, segun el número de tubérculos que le constituyen, formando un relieve tambien variable, segun el desarrollo de los tubérculos. Estos grupos forman eminencias ó nudosidades apreciables á la vista y al tacto. Puede haber varios de ellos separados por espacios de piel sana, y al cabo de cierto tiempo estos grupos tuberculosos, tomando más desarrollo, se ensanchan y se reunen unos con otros, de tal modo, que forman extensas superficies tuberculosas. Estas masas ó nudosidades son duras al tacto, y si éste es delicado y ejercitado puede notarlas desiguales, mamelonadas y compuestas de elementos múltiples yustapuestos: estos elementos no son otra cosa que los tubérculos. Al cabo de un número de dias indeterminados, el vértice de cada tubérculo toma un color gris amarillento y se forma una especie de mancha; es la supuracion, es la pústula sicósica que se produce sobre el vértice del tubérculo. De aquí resulta que cada pústula descansa en una base indurada y que la reunion del tubérculo y de la pústula forman un pequeño tumor cónico, cuya base indurada ó tuberculosa se hunde en el espesor de la piel, miéntras que su vértice aguzado es pustuloso y forma eminencia en la superficie de los tegumentos.

Las pústulas son pequeñas, de base estrecha, puede medirse ésta por el vértice de cada tubérculo: están reunidas en grupos, apretadas unas contra otras, como los tubérculos en que se han producido. Estas pústulas son de un color amarillento y están formadas por una gota de pus espeso: su duracion es de cuatro á seis dias y á veces más: al cabo de este tiempo el pus, que jamás se vierte al exterior, se concreta y da lugar á una costra delgada, negruzca, poco adherente y que persiste á su vez varios dias: cuando se desprende deja en el sitio que ocupaba una una pequeña cicatriz, que puede ser definitiva y

que cubre un punto indurado. Este punto es la base del tubérculo, que había precedido á la pústula y que le sobrevive. Cada pústula está atravesada por un pelo que emerge de su punto central.

Así, pues, el sicósis está caracterizado por dos lesiones anatómicas: un tubérculo y una pústula. El tubérculo puede estar más ó ménos desarrollado, su duracion puede ser más ó ménos larga y puede ser tambien la lesion dominante; y recíprocamente la pústula puede tambien tomar un desarrollo más considerable que el del tubérculo; éste puede quedar en estado rudimentario y áun faltar, siendo entónces la pústula la única lesion anatómica apreciable. Ahora bien; el predominio de uno ú otro de los dos elementos del sicósis, no es otra cosa que una irregularidad, una anomalía patológica, y no legitima las dos variedades que M. Bazin ha querido establecer y la division de la afeccion única que nos ocupa en *sicósis* y en *mentagra pustulosa*. Tales son los dos elementos anatómicos que constituyen el sicósis; su duracion total varía entre veinte y treinta dias.

Acabamos de ver la evolucion de las lesiones sicósicas tomadas aisladas é individualmente; veamos ahora la evolucion de la afeccion que aquellas constituye.

Si la erupcion sicósica se produjese en un solo brote, su duracion sería la de las lesiones anatómicas que acabamos de estudiar, y cualquiera que fuese la extension de la region invadida, todo terminaría en el espacio de veinte á treinta dias, es decir, en el período de tiempo necesario á la evolucion de estas lesiones. Pero no acontece así: el desarrollo del sicósis es *sucesivo;* no tiene lugar, como el de la viruela ó el impétigo, en una sola vez, en un solo brote, sino que por el contrario, semejante al del acné, se produce en muchas veces, progresiva y sucesivamente; de suerte que no se encuentra jamás en el sicósis lo que en el impétigo, en la varioloide, en la viruela, en el sarampion, en la escarlatina y en todas las afecciones de erupcion única y simultánea; no se encuentran nunca

las lesiones cutáneas presentando todas juntas el mismo punto, el mismo grado, el mismo período de evolucion; se las encuentra por el contrario en diversos grados de desarrollo, puesto que son producidas en épocas sucesivas. Tan es así, que se ven al mismo tiempo y en la misma region pequeños tubérculos sicósicos rojos, duros, sin supuracion; pústulas amarillentas en su período de estado; pústulas crustáceas, es decir, en su período de declinacion, y pequeñas cicatrices, huellas de pústulas y de tubérculos curados. Así, pues, el desarrollo del sicósis, como el del eczema, como el del ectima y como el del acné, tiene lugar sucesivamente por intervalos y por brotes más ó ménos alejados en sus manifestaciones. De aquí resulta que la duracion del sicósis es, como la de las afecciones que acabamos de citar, variable é indeterminada, segun el número de brotes que se producen. El sicosis puede durar uno ó muchos meses, como tambien uno ó muchos años.

Hemos dicho que el asiento del sicósis es el folículo piloso. El sicósis no es otra cosa que la inflamacion de la glándula pilífera, de la misma manera que el acné granuloso es la inflamacion de las glándulas sebáceas y de las glándulas anexas á los folículos pilosos para nutrirlos, á ellos y al cabello, producto de su secrecion. Esta inflamacion se caracteriza en su principio por la hiperemia congestiva del folículo piloso, por su tumefaccion y su induracion. El tubérculo, del cual hemos hablado ántes, no es otra cosa que el mismo folículo piloso inflamado, tumefacto é indurado, del mismo modo que hemos visto los tubérculos del acné granuloso estar constituidos por la tumefaccion é induracion inflamatorias de las glándulas sebáceas de la piel y de las glándulas anexas á los pelos.

En su primer grado, la inflamacion del folículo piloso se traduce, pues, por el engrosamiento hiperémico de este folículo, cuya induracion é hipertrofia se manifiestan bajo la forma de una nudosidad tuberculosa.

En su segundo grado, la inflamacion sicósica, ó lo que es lo mismo, la inflamacion del folículo piloso, determina la forma-

cion del pus en el centro del folículo: este pus no tarda en ser aparente, en el punto de emergencia del pelo, bajo la forma de una gotita amarillenta atravesada por el pelo; tal es la pústula sicósica y tal es su modo de producirse y de desarrollarse.

Pero no ocurre impunemente para el folículo piloso y para su producto de secrecion, que sus condiciones vitales y su estado fisiológico hayan sido cambiados. La inflamacion de que el folículo ha sido asiento ataca á la integridad del pelo de una manera de que es muy fácil darse cuenta: la supuracion que distiende la cavidad del folículo y que baña la raíz del pelo no tarda en destruir sus relaciones recíprocas; la adherencia del pelo disminuye tanto, que basta la menor traccion para extraerlo; con frecuencia se desprende por sí mismo, queda en las piezas de las curas y cae al más ligero contacto, al menor frotamiento. Generalmente vuelve á brotar, pero como el folículo que le da orígen está enfermo y alterado en su estructura, el nuevo pelo no tiene sus cualidades normales, estará enfermo y alterado en sí mismo, será delgado, sin fuerza, sin consistencia, retorcido, velloso, blanco; en una palabra, será un producto de secrecion viciado, como viciado está el folículo secretor. Si la inflamacion del folículo persiste durante un tiempo muy largo, no sólo los pelos se desprenden y caen para volver á salir en malas condiciones, sino que puede ocurrir, y ocurre en efecto con frecuencia, que esta inflamacion se hace adhesiva y determina la oclusion del folículo. Encontrándose éste obliterado, y por consiguiente anulado como glándula secretora, no puede producir pelo, y la calvicie incurable y definitiva es la consecuencia forzada é irremediable.

Estas complicaciones referentes al estado y á la secrecion de los pelos no son las únicas que hay que temer por parte del sicósis. Cuando éste existe sobre una extensa superficie, ó en otros términos, cuando el número de folículos pilosos inflamados es considerable, cuando la enfermedad ha sido abandonada á sí misma, ó ésta es antigua é intensa en sus manifestaciones, la inflamacion no queda localizada en el folículo piloso, se ex-

tiende al tejido celular subyacente. Este se inflama, pues, á su vez secundariamente; todas sus partes, que son invadidas por la inflamacion, se hacen asiento de una hiperemia congestiva, de una tumefaccion que afecta la forma de nudosidades, cuyo volúmen variable puede llegar á ser igual al de una cereza; cuya superficie ancha, redondeada, irregular, forma con frecuencia por encima de las partes sanas una eminencia considerable sembrada de pústulas sicósicas. Entónces toda la superficie enferma toma un aspecto granuloso y mamelonado: estos mamelones, estas abolladuras no están formadas únicamente por los tubérculos-pústulas pertenecientes al sicósis, sino que resultan sobre todo de las induraciones consecutivas de que ha sido asiento el tejido celular y constituyen nuevos tubérculos bien distintos de los que forman parte integrante del sicósis mismo; tubérculos extrínsecos de la enfermedad primitiva y más profundos en cuanto á su asiento, pues que están constituidos por la induracion flegmonosa del tejido celular subcutáneo.

Abandonados á sí mismos ó sometidos á un tratamiento intempestivo, estos tubérculos pueden supurar; se los ve entónces tomar un color más rojo, una consistencia más dura; se hacen asiento de latidos, de dolores pulsátiles; se forman en su interior abscesos y forúnculos, de suerte que por debajo de las pústulas sicósicas, ó en otros términos, por debajo de la supuracion que se produce en el interior de los folículos pilosos, se produce otra más abundante en el seno del tejido celular subcutáneo que se había hecho mamelonado, indurado y tuberculoso. En estos casos se ven formarse fisuras en la superficie de los tegumentos, en medio de los grupos de pústulas sicósicas. Estas fisuras no tardan en ulcerarse, dan salida á una sanies purulenta que se concreta en forma de costras espesas y que son para la piel una nueva causa de irritacion y de inflamacion. La cara del enfermo (decimos la cara porque ella es el asiento más habitual del sicosis) toma un aspecto horroroso; está cubierta de una especie de concha costrosa, gruesa, de un

amarillo negruzco y á traves de los intersticios de la cual se escapa un pus mezclado con sangre, que proviene de las ulceraciones que labran todo el espesor del dérmis mamelonado y que se hunden en el espesor de los tubérculos y hasta en el tejido celular subcutáneo.

Puede haber aquí, señores, una causa grave de error para el diagnóstico y para el pronóstico, contra la cual debeis estar prevenidos. En efecto, en esta costra gruesa, húmeda, exudante, que cubre así una extensa superficie, encontrais los caractéres del *impétigo larvalis* ó *figurata*. Tiene la misma disposicion, la misma coloracion, la misma concha costrosa, estalactiforme, petrea, exudante; tiene el mismo aspecto horroroso y repugnante. Si en este error diagnosticais un impétigo, si anunciais una pronta curacion que debe obtenerse en el espacio de ocho á diez dias por la simple aplicacion de cataplasmas de fécula de patatas bien cocidas, reducidas á una mezcla homogénea y sostenidas de un modo permanente sobre las partes enfermas, recibireis un cruel desengaño. Cuando por estas cataplasmas hayais humedecido y hecho caer las costras, en lugar de ver, como en el impétigo, las partes subyacentes, si no del todo sanas, por lo ménos no ofreciendo más que ligeras y muy superficiales escoriaciones, las encontrareis, por el contrario, mamelonadas, tuberculosas, ulceradas y segregando una supuracion que tendrá su orígen, no sólo en las partes más profundas del dérmis, sino tambien en el tejido celular, que está tuberculoso, infartado y flegmonoso. Os confieso sin dificultad que este error, contra el cual quiero preveniros, lo he cometido yo, y no hace mucho tiempo. Se trataba de un hombre de la sala de San Cárlos, que algunos de vosotros habreis visto. Tenía toda la parte inferior del rostro cubierta de una vasta concha costrosa, gruesa, angulosa, húmeda, exudante: yo declaré que era un *impétigo larvalis*, y anuncié que una vez desprendidas las costras, lo que tardaría una semana, el enfermo estaría curado. Desgraciadamente cometí un doble error. Error de diagnóstico: era un impétigo, pero no, como

yo había pensado á primera vista, un impétigo simple, idiopático; era un impétigo sintomático, causado por la inflamacion sicósica, y cuando este impétigo, que no era más que un *efecto*, que una *consecuencia*, hubiese sido destruido, la enfermedad primitiva, despojada de la máscara que la cubría, debía entónces aparecer; hé aquí lo que yo no había comprendido desde luégo, hé aquí mi error de diagnóstico: éste tenía por corolario necesario un error de pronóstico. En efecto, no siendo la capa superficial impetiginosa, la enfermedad principal debía ser causa de que se emitiese un pronóstico defectuoso, puesto que éste no se basaba en ella, puesto que no se había tenido en cuenta el sicósis.

Ved cómo pueden llegar á ser graves las lesiones anatómicas del sicósis no tratado oportunamente, abandonado á sí mismo. Las lesiones primitivas, intrínsecas, tienen poca importancia por sí mismas. Al principio es un simple engrosamiento inflamatorio del folículo piloso, que se manifiesta bajo la forma de un pequeño tubérculo rojo y duro: despues aparece un punto de supuracion, ó mejor dicho, se produce una pústula en el espesor del tubérculo y que corona su vértice. En apariencia, estas lesiones son insignificantes; pero considerad cuánta importancia toman ó pueden tomar en realidad: primero, bajo el punto de vista de su duracion, que puede ser indefinida, pues que se desarrollan por brotes sucesivos, á los que es imposible señalar un término, y bajo el punto de vista de sus complicaciones: éstas son, en primer lugar, la caida de los pelos, y á veces la calvicie irremediable, pues que el folículo piloso ha sido obliterado y destruido; en segundo lugar, la inflamacion del tejido celular subcutáneo, la produccion de tubérculos anchos, profundos, verdaderos tumores subdérmicos que pueden supurar y hacerse ulcerosos; en tercer lugar, las erupciones impetiginosas que resultan de la intensidad de la inflamacion de los tegumentos, y que llegan á ser una de las manifestaciones que, unida á las anteriores, completan un conjunto de lesiones de una deformidad horrorosa y repugnante.

Abandonado á sí mismo ó sometido á un tratamiento ineficaz, el sicósis puede durar un tiempo indeterminado, meses y áun años; puede producir todas las lesiones, todas las deformidades que acabamos de indicar, y si durante este tiempo el enfermo se inocula de sífilis ó si primitivamente era sifilítico ó escrofuloso, las lesiones, las ulceraciones sicósicas podrán transformarse en ulceraciones sifilíticas ó escrofulosas y tomar entónces un carácter de los más horribles.

El sicósis puede en casos ménos funestos curarse por sí mismo, verificándose esto de dos modos diferentes: el pus segregado por el folículo piloso destruye una de las causas más frecuentes del sicósis, de la que hablaremos más adelante, el tricofiton; destruye al mismo tiempo los puntos de union que existen entre el folículo y el pelo. Este no tarda en caer. La causa primera del sicósis, el parásito que había producido la inflamacion del folículo, es destruido por la supuracion: el pelo que hacía en el centro del folículo el oficio de un cuerpo extraño y que de este modo entretenía la inflamacion, ha sido destruido tambien y eliminado por esta misma supuracion, de manera que la inflamacion del folículo piloso, no teniendo ya razon de ser, cesa por sí misma: el folículo, sano ya, segrega un nuevo pelo que tiene sus cualidades normales, y la curacion se opera sin que quede huella alguna de la enfermedad.

Pero otras veces, como ya hemos dicho, despues que la inflamacion ha destruido el parásito y hecho caer el pelo, se hace adhesiva y oblitera completamente el folículo, que se encuentra entónces destruido como glándula secretora del pelo; la secrecion pilosa está, pues, abolida; el sicósis cura, pero deja tras de sí una calvicie irremediable, pues que no existen ya los folículos pilosos.

LECCION VEINTIDÓS.

Sicósis.

(Continuacion.)

Ya hemos dicho que el sicósis se encuentra en todas las regiones vellosas del cuerpo; en las axilas, el púbis, los miembros, el pecho, la nuca, y el cuero cabelludo, cuando éste está casi desprovistode pelos. Pero su asiento más habitual es la cara y el cuello, y en la cara y en el cuello ocupa las regiones que cubre la barba. La determinacion de su asiento sobre la cara es muy importante para el diagnóstico de su naturaleza, como luégo veremos. En efecto, si existe en el menton, en el labio inferior, en las paredes laterales de los carrillos y en las regiones submaxilares, hay gran probabilidad de que sea parasitario: en toda esta superficie es donde se desarrolla con más rapidez y más intensidad; aquí sobre todo es donde se le ve complicarse con la inflamacion del tejido celular subdérmico, de esos tubérculos voluminosos y deformes, siempre dispuestos á la supuracion y á la ulceracion. Si por el contrario, se produce en el labio superior, quedando limitado á él solamente, existe bajo la influencia de una causa local, externa, no parasitaria, y éntónces permanece más limitado, más circunscrito, ménos grave, ménos repugnante en sus lesiones y más exento de complicaciones.

Despues de haber estudiado las lesiones del sicósis en sí mismas bajo el punto de vista anatómico, en sus complicaciones y en su asiento, veámoslas ahora bajo el punto de vista

del enfermo, en sus relaciones con él, es decir, relativamente á los trastornos locales y generales que traen consigo; en otros términos, veamos cuáles son sus síntomas subjetivos.

Ya hemos tenido ocasion de hacer reparar que en las enfermedades de la piel la gravedad y la intensidad de las lesiones no son siempre proporcionadas á la intensidad de los accidentes locales y generales. Así, pues, las pápulas de líquen, las pápulas de prurigo, las placas de urticaria, lesiones benignas y sin importancia por sí mismas, determinan un prurito irresistible, ocasionan comezones insoportables, con frecuencia atroces, que son para los enfermos un verdadero suplicio, una causa de anorexia, de insomnio y de fiebre; por otra parte, vastas erupciones psoriásicas, que desnaturalizan la piel en una gran extension, la desecan, la engruesan, la momifican y la cubren de escamas gruesas, no dan lugar á dolor, á molestia, á trastorno alguno local ó general. La rupia con sus ulceraciones profundas extensas, sanioses, con sus costras gruesas y negruzcas, es casi completamente indolora; lo mismo acontece tambien con el impétigo, con sus costras en forma de concha y su aspecto tan horrible.

El sicósis, como el acné, con el que tiene tanta semejanza, se encuentra en esta última categoría de dermatósis, cuyas lesiones, á pesar de su gravédad anatómica y á pesar de sus graves complicaciones, no da lugar á trastorno alguno local ó general. La erupcion sicósica no es dolorosa; apénas si el enfermo experimenta una ligera tension, un poco de calor y de escozor; los movimientos de la parte enferma son poco ó nada molestos. Pero si el dolor local no existe, en cambio hay una deformidad, una lesion de aspecto desagradable y hasta repugnante, que es el tormento, el suplicio de los enfermos por su carácter horroroso y asqueroso; á veces su vida social se encuentra modificada, sus relaciones, sus trabajos interrumpidos; apénas se atreven á salir y aparecer en público, se ocultan, se relegan á una especie de clausura, de aislamiento voluntario; tanto sufren moralmente de verse así desfigurados.

Considerado bajo este aspecto el sicósis, es grave; si no acarrea dolor alguno local, en cambio puede engendrar la tristeza, la melancolía, el aburrimiento, el hastío á la vida con todas sus consecuencias. Por lo demas es compatible con la salud general. que no altera por reacion, por desórden alguno funcional.

NATURALEZA DEL SICÓSIS.

Si interrogamos sobre este punto á M. Bazin, nos responderá: «Admito cinco especies de mentagra: 1.ª, una *mentagra artificial;* 2.ª, *parasitaria;* 3.ª, *sifilítica*; 4.ª, *artrítica*; y 5.ª, *escrofulosa.*»

¿Es esto cierto? El sicósis, bajo el punto de vista semeiótico, ¿está realmente dotado de caractéres sintomáticos tan variados? No lo creemos así, y hé aquí nuestras razones: comenzaremos por eliminar el sicósis artrítico. Nosotros no podemos admitir la diátesis de este nombre; por consiguiente, negamos al sicósis, relativamente á la artrítis, un carácter patológico que nos parece imaginario, como vamos á decir y á demostrar en este momento.

M. Bazin, que nos dice en la página 226 de sus *Lecciones teóricas y clínicas sobre las afecciones cutáneas*, que admite un sicósis sifilítico, nos hace *en la página* 227 la declaracion siguiente: «La mentagra sifilítica no es otra que el acné pustuloso sifilítico; la afeccion reside más bien en las glándulas anexas al folículo que en el mismo folículo piloso». Estas palabras significan muy claramente que no hay en realidad sicósis sifilítico, y que el sicósis declarado como tal en la página precedente no es un sicósis, sino un acné. Entónces, ¿por qué decir que se admite un sicósis sifilítico, para luégo declarar que si se reconociese un sicósis sifilítico se cometería un error de diagnóstico y que se tomaría un acné por un sicósis? M. Bazin se desdice pues, á sí mismo, y opina en realidad como nosotros, desmintiendo sus propias palabras, esto es, que no hay sicósis sifilítico.

M. Baudot, discípulo de M. Bazin, nos dice en su *Tratado de las afecciones de la piel* (pág. 98) : «En fin, el sicósis, abandonado á sí mismo, no siempre cura, y sufre á veces transformaciones funestas. No es raro, en efecto, observar la conversion del sicósis en afecciones graves y sérias, en sifílides y escrofúlides, si se le deja persistir durante muchos años, y si el enfermo se encuentra sometido á la influencia de la sífilis ó de la escrófula durante la existencia de esta afeccion.» Así es como MM. Bazin y Baudot explican la formacion del sicósis sifilítico y del sicósis escrofuloso. El enfermo sicósico está primitivamente sometido á la influencia de la sífilis ó de la escrófula; su sicósis está abandonado á sí mismo, sin tratamiento, y degenera en sifílides ó en escrofúlides.

Pero, como ya hemos dicho, estas nuevas lesiones, producto de una degeneracion diatésica, ¿son tambien producto del sicósis? Esto es lo que no se nos dice. Luego esta degeneracion no es especial del sicósis. ¿No es sabido que en un sifilítico, por ejemplo, toda herida, todo traumatismo, toda solucion de continuidad de los tejidos, accidental ó quirúrgica, puede transformarse en ulceracion sifilítica? De aquí se deduce el principio práctico de que en un individuo sifilítico hay que abstenerse, tanto como sea posible, de hacer ninguna operacion quirúrgica, cualquiera que ella sea, so pena de ver la incision más sencilla transformarse en ulceracion sifilítica.

Estas consideraciones tan graves, la ausencia de todo carácter patognomónico verdadero y realmente distintivo, imposible de establecer á pesar de todos los esfuerzos nosográficos hechos por M. Bazin, la confesion que á éste se le escapa (en la pág. 223) de que «las mentagras escrofulosas y sifilíticas no son más que pseudo-sicósis, porque los folículos pilosos no son los únicos alterados en las escrofúlides y en las sifílides;» todo esto, todas estas razones, nos permiten afirmar que no hay sicósis escrofuloso, ni sifilítico. No hay, pues, en realidad más que dos especies de sicósis: el *idiopático artificial* ó *accidental*, *de causa local*, y el *parasitario*.

SICÓSIS ARTIFICIAL.

Toda causa irritante, que obrando sobre los folículos pilosos sea susceptible de inflamarlos, puede producir un sicósis: así, pues, la irritacion ocasionada por el tabaco en polvo, por un coriza crónico, por un flujo nasal habitual sanioso ó puriforme, por el uso de cosméticos, de polvos, de jabones muy cargados de olores, aguas de tocador igualmente muy perfumadas: fricciones irritantes, el empleo del aceite de enebro (la erupcion que este produce es un sicósis); el uso de una navaja de afeitar mellada ó que corte mal, etc., todo esto puede ocasionar un sicósis.

El sitio más comun del sicósis artificial es el labio superior, porque en éste se hace sentir con más frecuencia la accion de las causas irritantes. Se desarrolla en la línea media por debajo del cartílago del tabique: representa una superficie elevada, saliente, triangular, de base inferior y de vértice superior; el vértice corresponde al borde inferior del cartílago del tabique. La superficie enferma está formada por los elementos del sicósis, es decir, por pequeños tubérculos duros, profundos, coronados en su vértice cada uno por una pústula: estas pústulas están reunidas en grupos, constituyendo en cierto modo manojos; están apretadas unas contra otras, estrechamente unidas, amarillentas y atravesadas todas en su centro por un pelo que emerge de la parte más saliente. Este pelo, al principio de la lesion pustulosa, es sólido y conserva su grado de adherencia normal; en la declinacion de la pústula, en su período costroso, el pelo se separa con facilidad, cede á la más ligera traccion; puede caer por sí mismo, pero no lleva consigo vestigio alguno parasitario, ninguna alteracion. Cada tubérculo, cada pústula, corresponde á un folículo piloso. La duracion de los tubérculos es indeterminada; la duracion de las pústulas es de seis á ocho dias; al cabo de este tiempo cada pústula se concreta y se cubre de una pequeña costra negruzca, poco ad-

herente, que persiste de cuatro á seis dias, y que deja tras de sí una induracion representada por la base del tubérculo. La erupcion del sicósis artificial es sucesiva; su duracion puede ser muy corta, un mes solamente; puede ser muy larga; se desarrolla lentamente, queda limitada á la parte media ó se extiende á todo el labio inferior, pero rara vez se complica de lesiones inflamatorias del tejido celular. Su sitio predilecto es el labio superior, pero se le encuentra en otras partes, en el labio inferior, en el menton, por todas las partes donde se hace sentir una accion irritante; en los miembros superiores é inferiores, despues de varias fricciones con el aceite de enebro, por ejemplo. Las partes enfermas, cualesquiera que sean, están tumefactas é inflamadas, son asiento de una tension, de una molestia, de una tirantez más ó ménos caracterizada en sus movimientos, no están dolorosas, propiamente hablando. Abandonado á sí mismo, el sicósis artificial puede curarse espontáneamente cuando ha sido suprimida la causa que lo había ocasionado; puede tambien eternizarse por una sucesion de nuevos brotes. Bajo la influencia de un tratamiento conveniente, cura en el espacio de cuatro á seis semanas y á veces más rápidamente: tal es el sicósis artificial.

Este es el sicósis que M. Bazin pretende hacer depender de la artritis: ¿por qué, pues, invocar la existencia de una diátesis problemática y mal definida, para explicar una lesion que se explica tan bien, tan clara y fácilmente por las causas de que hemos hablado? ¿A qué ingeniarse en buscar un principio interno, oscuro, profundo, imposible de demostrar, cuando la evidencia nos muestra la accion de causas locales incontestables? M. Bazin se ve forzado á reconocer estas causas; es muy concienzudo y muy buen observador para no comprobarlas. Pero no quiere considerarlas más que como causas *ocasionales* y *determinantes*, que hacen desenvolver las lesiones en gérmen en la economía, y del todo bajo la influencia del principio ó de la diátesis artrítica. Luego si esto es así, si el sicósis está unido á una diátesis, si es artrítico, no bastará un trata-

miento local, será necesario un tratamiento específico, un tratamiento anti-artrítico ó alcalino, pues que M. Bazin considera el jarabe alcalino como un específico de la artritis. Debe suceder necesariamente con la artritis lo que sucede con otras diátesis: no se curan las escrofúlides sin los yódicos, sin los otros anti-escrofulosos; no se curan las sifílides sin el mercurio y sin el yoduro de potasio. Luego si el pretendido sicósis artrítico cura únicamente por medios locales y sin la menor dósis de jarabe alcalino, no es un sicósis artrítico, es pura y simplemente artificial; las causas bajo cuya influencia se desarrolla lo demuestran, como tambien su tratamiento curativo.

Negamos, pues, absolutamente el sicósis artrítico, y sostenemos, despues de haberlo demostrado, que el pretendido sicósis artrítico no es otro que un sicósis artificial de causas exclusivamente locales, y depende de un estado constitucional ó diatésico cualquiera.

SICÓSIS PARASITARIO.

Es el que se observa con más frecuencia: es producido por un parásito vegetal llamado *tricofiton*, cuyos esporos ó espórulas penetran en el seno del folículo piloso, se desarrollan en él y se adhieren á la raíz del pelo bajo la forma de una vaina blanquecina; la alteran, la reblandecen, la momifican y la separan de su punto de insercion y de su adherencia al folículo, de tal modo, que el pelo no tarda en caer por sí mismo ó ceder á la más ligera traccion. Hemos visto que esto ocurre tambien en el sicósis artificial, pero con la diferencia siguiente: en el sicósis artificial, el pelo no presenta en su raíz vaina análoga á la de los hongos; se cae en el último período de la enfermedad, en el momento en que las pústulas se hacen costrosas, cuando el pus ha tenido tiempo, por su permanencia prolongada en el centro del folículo, de desorganizar á éste y de desprender progresivamente el pelo. En el sicósis parasitario, por el contrario, como la enfermedad co-

mienza por el pelo, como es inherente al pelo mismo, éste es el atacado desde el principio y desprendido de sus puntos de union al folículo; y como consecuencia de la enfermedad del pelo el folículo se inflama, supura y enferma á su vez.

El sicósis parasitario comienza ordinariamente por el *herpes circinado parasitario*: los esporos ó espórulos tricofíticos, ántes de penetrar profundamente en el centro del folículo piloso, comienzan á producir su accion sobre la capa superficial del dérmis, donde determinan la erupcion de esas pequeñas vexículas, dispuestas en forma de círculo regular, que caracterizan el herpes circinado parasitario. Si la accion irritante producida por el parásito sobre el dérmis no es bastante intensa para provocar la vexiculacion del herpes circinado, determina una simple rubefaccion que se manifiesta tambien bajo la forma anular: este es el *eritema circinado parasitario*.

Otras veces no determina el hongo colocado en la superficie de la piel ni un círculo vexiculoso, ni un círculo eritematoso, sino una simple secrecion epidérmica furfurácea, con frecuencia muy abundante, un verdadero pitiriasis, al que M. Bazin ha dado el nombre de *pitiriasis alba parasitaria*.

Así, pues, la presencia del tricofiton, de sus esporos, espórulas ó flocones en la superficie de la piel, tiene por primer efecto determinar en ella una inflamacion especial, *sui generis*; inflamacion que se caracteriza por una de las tres lesiones siguientes: un *herpes circinado parasitario*; un *eritema circinado parasitario*, y una *pitiriasis alba parasitaria*. Estas tres lesiones están con frecuencia aisladas; sin embargo, pueden tambien existir simultáneamente. Ya que estas lesiones estén aisladas, que no haya más que una sola, ya que estén reunidas, constituyen en su individualidad, lo mismo que en su conjunto, lo que M. Bazin ha llamado el primer grado ó el primer período de la tiña tonsurante.

En el segundo período de la tiña tonsurante, la alteracion de los pelos se pronuncia más, el hongo ha tenido tiempo de adherirse á ellos, de penetrar hasta su raíz y de formar alrededor

de ésta una *vaina blanquizca amiantácea*, de la cuál hemos hablado ya. Efecto de la influencia, y de la compresion del parásito, los pelos enferman, se vuelven frágiles, se quiebran, se retuercen y acaban por caer. Caen por placas circulares como eran las erupciones del herpes circinado ó del eritema circinado, y despues de haber así caido, dejan tras sí una superficie redondeada, regular, una verdadera *tonsura* que ha valido á esta forma de herpes el nombre de *herpes tonsurante*.

Las *tonsuras* ó superficies denudadas, desprovistas de pelos, tienen por lo comun una coloracion más oscura que la piel sana que la rodea; parecen igualmente elevadas y prominentes, lo que es debido á la turgencia y á la hiperemia de que son asiento los folículos pilosos bajo la influencia de los hongos que los rellenan y que no han de tardar en producir en ellos las lesiones características del sicósis parasitario, es decir, del tercer período de la tiña tonsurante. El segundo período está, pues, señalado por la alteracion, por la caida de los pelos y por la formacion de espacios denudados ó *tonsuras*.

Tenemos la satisfaccion de rendir aquí el más completo y el más sincero homenaje á los magníficos trabajos de nuestro eminente colega y maestro M. Bazin, que ha sido el primero que ha comprendido la cuestion del sicósis parasitario, la ha dilucidado con tanta perspicacia y la ha expuesto con gran claridad y gran talento. Diremos, pues, con él, que el sicósis parasitario es el tercer período de la tiña tonsurante; que ántes de penetrar en el centro del folículo piloso el parásito tricofítico ha comenzado por determinar accidentes cutáneos más superficiales, ménos graves, ménos profundos (eritema circinado parasitario, herpes circinado parasitario, pitiriasis alba parasitaria), primer período; que en el segundo período los pelos enferman; atacados en su raíz, alterados en su manera de ser, caen, dejando despues de su caida espacios de piel circulares, regularmente denudados bajo la forma de tonsuras; por último, que en su tercer período, bajo la influencia del criptógamo que encierran, los folículos pilosos se inflaman y

supuran, produciéndose así todos los caractéres del sicósis.

Tal es la filiacion de las lesiones anatómicas y de las diversas afecciones que preceden al sicósis parasitario. Hemos descrito ya cuáles son los caractéres del sicósis, por lo que no los repetimos aquí. Diremos únicamente que el sicósis parasitario es notable por la intensidad de sus lesiones, por la rapidez de su desarrollo, por su extension y por su propagacion á extensas superficies. El sicósis parasitario ocupa, sobre todo, el labio inferior, el menton, los carrillos, las partes laterales de la cara y las regiones submaxilares. Puede existir tambien en el labio superior, pero no se concentra en él, no queda limitado como el sicósis no parasitario. La inflamacion determinada y sostenida en los folículos pilosos por el hongo hace, cuando es muy viva, que los tuberculo-pústulas sicósicos estén muy desarrollados, muy voluminosos. En este caso es cuando la inflamacion de que aquellos están afectados, se propaga al tejido celular subcutáneo; entónces es cuando aparecen esas elevaciones, esas nudosidades, esos tubérculos, esos forúnculos, esas supuraciones subdérmicas que se abren paso á traves del dérmis hendido y vierten en su superficie una sanies puriforme, cuya acritud es una nueva causa de inflamacion para las partes enfermas. En estos casos la cara de los enfermos toma un aspecto horroroso y repugnante, está mamelonada, abollada, surcada de grietas exudantes y se cubre de una espesa concha de costras impetiginosas que ocultan las pústulas sicósicas.

El sicósis parasitario es, pues, más grave que el artificial, en razon de la mayor intensidad de sus manifestaciones y de sus complicaciones. Es tambien más frecuente; es producido por el contagio, por el contacto de partes que están de él atacadas ó por el depósito, sobre las regiones vellosas, de esporos ó fragmentos de tricofiton. Tan es así, que se corre riesgo de adquirirlo en las peluquerías y barberías, cuyos instrumentos de tocador, peines, brochas, navajas, jabones, paños, etc., que han servido á personas sicósicas, quedan llenos de algunos esporos

de tricofiton, que transmiten é inoculan á los que hacen uso de ellos en seguida.

El sicósis parasitario, abandonado á sí mismo, tiene una larga duracion: se propaga y se extiende gradualmente por la multiplicacion misma del parásito, que situado en un sólo punto al principio, no tarda en producir en él gérmenes que se trasladan á los folículos pilosos vecinos: esta rápida extension de la enfermedad es, como ya lo hemos dicho, uno de los caractéres patognomónicos de la naturaleza parasitaria del sicósis. Es imposible designarle una duracion fija; ésta puede contarse por meses y á veces por años. Cuanto más rica en folículos pilosos es la region afecta, más alimento encuentra en ella el tricofiton, más puede multiplicarse en ella, como se multiplica una semilla cualquiera en un terreno que le conviene, y más larga es su duracion. No se termina sino por la destruccion del último de los parásitos; si el arte no interviene ó lo hace de una manera inhábil é insuficiente, la naturaleza tardará en verificar por sí misma esta destruccion. Al fin concluye por conseguirlo, y hé aquí cómo:

Cuando el folículo pilífero inflamado supura, el pus que contiene desprende poco á poco la raíz del pelo; le enuclea y le hace caer; el pelo, al caer, arrastra consigo el hongo que le abraza, que forma alrededor de su raíz esa vaina blanquecina de que ya hemos hablado. Esta es una verdadera epilacion hecha por la naturaleza misma. Es lo cierto, que lo más frecuente es que se prolongue la enfermedad de una manera á veces indefinida; los esporos quedan en el centro del folículo y producen un nuevo hongo que se une á un nuevo pelo segregado por el folículo. Este pelo, de mala naturaleza, sin vitalidad es á su vez enucleado por el pus, como lo había sido el primero. Este cae y arrastra consigo los productos de hongo que contenía el folículo. Este, despues de haber sido así desembarazado una ó muchas veces por una especie de epilacion natural de los pelos enfermos, puede encontrarse desembarazado tambien de todo vestigio parasitario; entónces la inflama-

cion de que era asiento se calma, vuelve á su estado natural, el folículo segrega un pelo nuevo y normal y el sicósis se encuentra curado así naturalmente y sin dejar huellas.

Otras veces, despues de una ó varias enucleaciones pilosas sucesivas y despues de la eliminacion de todo vestigio parasitario, el folículo se oblitera, la secrecion pilosa es abolida y el enfermo cura, pero con una calvicie irremediable. El hongo se encuentra, pues, arrastrado fuera de los folículos pilosos donde existía, por la enucleacion pilosa que el pus provoca por sí mismo. Pero, por otra parte, el pus ejerce en la vitalidad del hongo una accion destructora y deletérea; de suerte, que el parásito, bañado por el pus en el centro del folículo piloso, se encuentra en cierto modo ahogado y envenenado, al mismo tiempo que es arrojado por la eliminacion de los pelos. Tales son los diversos modos de la curacion natural y espontánea del sicósis parasitario.

Aquí debemos hacer de nuevo á M. Bazin *corde magno* y sin reserva alguna, toda la justicia que se merece; á él corresponde el mérito de estas nociones tan bellas, tan interesantes y tan positivas. *Dar al César lo que es del César*, no sólo es un deber para todo corazon honrado, sino tambien un placer.

Hemos dicho hace poco que el sicósis parasitario puede curar naturalmente, sin dejar huella alguna y sin que la secrecion pilosa sea alterada, siendo los pelos tan bellos y tan numerosos despues de la enfermedad como lo eran ántes. Pero no siempre sucede así; en los casos ménos felices el sicósis parasitario deja tras sí la calvicie. Ya hemos dicho cómo ésta se produce. Algunas veces tambien se encuentran, como huellas de su paso, cicatrices indelebles que suceden á los tubérculos, á las grietas, á las supuraciones que se habían formado en el seno del tejido celular subcutáneo y que habían alterado todo el espesor de la piel. Estas son deformidades tambien indelebles.

El sicósis parasitario y el no parasitario se presentan en los dos sexos, á pesar de lo que Plinio había dicho, pues éste

pretendía que en su primera aparicion en Roma estaban las mujeres exentas de padecerlos. Pero es mucho más comun en los hombres por dos motivos: el primero es que éstos están más expuestos á la accion de las causas que lo producen, en razon de su barba y de los cuidados que ésta necesita; el segundo es que los folículos pilosos son en ellos mucho más numerosos y están infinitamente más desarrollados que en la mujer, por lo que el sicósis encuentra un terreno mucho más favorable para implantarse y propagarse.

LECCION VEINTITRES.

Sicósis.

(Continuacion.)

DIAGNÓSTICO.

Recordemos en breves palabras cuáles son los caractéres patognomónicos del sicósis. Dos lesiones anatómicas le caracterizan: tubérculos pequeños, rojizos, de base estrecha y profundos; pústulas engastadas en estos tubérculos, pequeñas tambien, amontonadas, unidas unas á otras de tal manera, que forman grupos amarillentos durante cuatro ó seis dias, atravesadas en su vértice por un pelo, cuyo pus no se vierte jamás al exterior y que se cubren de costras delgadas, poco adherentes, morenuzcas y que persisten de tres á seis dias. Estas lesiones se producen por brotes sucesivos, de tal modo, que prolongan de una manera indeterminada la duracion de la enfermedad, la cual se asienta en todas las regiones vellosas, y en particular, las de la cara.

¿Cuáles son, pues, las otras afecciones cutáneas con las que puede confundirse el sicósis?

¿Será con el impétigo? No, porque las pústulas del impétigo, reunidas sobre un fondo eritematoso, son pequeñas, confluentes, superficiales; tienen una duracion efímera y son reemplazadas por costras espesas, exudantes y de un color amarillo de miel característico.

¿Será con el ectima? No, porque las pústulas del ectima son anchas de base, reposan en una superficie dérmica eritematosa y están rodeadas de una aureola inflamatoria; sus costras son negras, secas, persistentes, muy adherentes y engastadas en el dérmis.

¿Será con el acné granuloso? Aquí confesamos que es más fácil la confusion; en otros términos, el diagnóstico es más difícil. En efecto, en una y otra afeccion, las lesiones anatómicas son las mismas: tubérculos y pústulas; el sitio de predileccion es el mismo: la cara; el modo de evolucion es el mismo: desarrollo sucesivo; la marcha de la enfermedad es igual, lo mismo que su duracion: lenta, crónica, inderminada; una y otra, en fin, carecen de dolor local y no van acompañadas de reaccion general. Hé aquí, bajo todos los puntos de vista, grandes y numerosas semejanzas, á propósito para confundir al práctico; sin embargo, con una atencion y una observacion delicadas, el diagnóstico es muy posible. Recordemos, ante todo, que el asiento anatómico de ambas afecciones es diferente; en el acné están enfermas las glándulas sebáceas y las glándulas anexas á los pelos; en el sicósis lo están los folículos pilíferos.

Las lesiones anatómicas son las mismas: tubérculos y pústulas. Pero los tubérculos del acné granuloso son más superficiales, más salientes, más anchos, más manifiestos; están rodeados de un círculo eritematoso, y á veces, como en la forma congestiva ó barrosa, emergen en medio de un verdadero exantema. Cuando el acné ocupa las glándulas sebáceas de la piel, las pústulas acnéicas no están atravesadas por un pelo como las pústulas sicósicas; cuando el acné ocupa las glándulas anexas á los pelos, las pústulas acnéicas están tambien atravesadas por un pelo como las sicósicas; pero en el punto de emergencia de este pelo ofrecen una depresion, una umbilicacion resultante del aumento de volúmen de las glándulas anexas; las cuales, á causa de la inflamacion y de la supuracion, traspasan el nivel del folículo piloso que se encuentra sano. Además, en el sicósis parasitario ó no parasitario, la raíz del

pelo, estando bañada por el pus, acaba por perder sus adherencias con el folículo, y el pelo se desprende, cae por sí mismo ó cede á la más ligera traccion. En el acné granuloso, por el contrario, el folículo piloso está separado de la supuracion, el pelo no es atacado en manera alguna y permanece implantado en el folículo con su grado de adherencia normal y su integridad perfecta.

El sitio predilecto de ambas afecciones es el mismo: la cara; pero el sicósis se desarrolla de preferencia y casi exclusivamente en las regiones de la cara que son vellosas: el labio superior, el menton, las partes laterales de los carrillos; el acné granuloso, por el contrario, busca las partes de la cara desprovistas de pelos: la nariz, la frente y los pómulos.

Ambas afecciones tienen la misma cronicidad, la misma marcha, el mismo desarrollo sucesivo. Pero, cualqeiera que sea su duracion, el acné, que es más superficial en su asiento, y cuyo proceso inflamatorio se transporta con más facilidad á la superficie de los tegumentos (la mancha barrosa es una prueba), no da lugar jamás, como el sicósis, á esas complicaciones graves y profundas que se producen en pleno tejido celular, á esas nudosidades tuberculosas, flegmonosas y furunculosas que supuran y cuyo pus es vertido al exterior á traves del dérmis fisurado.

Así, pues, á pesar de los numerosos puntos de semejanza que existen entre el sicósis y el acné granuloso, las diferencias, cuando se examinan bien, son bastante marcadas para que el diagnóstico sea siempre posible. Con más razon sucederá lo propio con otras afecciones cutáneas, tales como el ectima y el impétigo, cuyas analogías con el sicósis son mucho ménos marcadas.

Pero diagnosticar un sicósis, diferenciarlo entre algunas otras dermatósis que tienen con él ciertos caractéres comunes, ciertos rasgos de semejanza, no es todo, no es más que la primera parte del diagnóstico: es necesario diagnosticar cuál es la naturaleza del sicósis. Así, pues, dado un sicósis, ¿es artifi-

cial? ¿Es parasitario? ¿Cuáles son los caractéres especiales que distinguen el sicósis que procede de causa externa, del sicósis dependiente de la existencia del tricófiton? Se comprende la importancia que tiene este diagnóstico de la naturaleza de la enfermedad para el diagnóstico y para el tratamiento. Las dos especies de sicósis buscan, tanto una como otra, como sitio predilecto, las regiones vellosas de la cara; una y otra están caracterizadas por las mismas lesiones anatómicas (tubérculos y pústulas); una y otra conmueven y desprenden los pelos, cuya caida, en uno y otro caso, puede ser irremediable y sin vuelta posible. Hé aquí, ciertamente, los rasgos comunes y embarazosos para el diagnóstico.

Veamos ahora cuáles son los distintivos.

El sicósis artificial ó de causa externa ocupa con preferencia el labio superior sobre la línea media, por debajo del tabique medio de las fosas nasales; ahí es donde comienza, y de este punto inicial gana, poco á poco y lentamente, una superficie más ó ménos considerable del labio superior, al que rara vez cubre por completo. Sus progresos son muy lentos y está limitado y restringido en su extension. Los pelos que atraviesan las pústulas no comienzan á perder su solidez sino en una época muy avanzada de la enfermedad, cuando el pus contenido en el folículo ha tenido tiempo de desprenderlos. Sólo entónces se los arranca fácilmente; no presentan vestigio alguno de hongo; su raíz está intacta y no está rodeada de la vaina blanquecina amiantácea constituida por el tricófiton de que ya hemos hablado. En el sicósis artificial, los accidentes inflamatorios son poco pronunciados, el desarrollo de los tuberculo-pústulas no es muy considerable; la curacion tiene lugar con frecuencia rápidamente y por sí misma, bajo la influencia de algunas aplicaciones emolientes, y á veces por el sólo hecho de la supresion de la causa productora. Esta causa es un coriza crónico, un flujo purulento, procedente de las fosas nasales, el polvo de tabaco, una navaja de afeitar mellada, el uso de cosméticos, las fricciones repetidas con un licor irritante, como

el aceite de enebro, la tintura de yodo, ó una disolucion de sublimado, las pomadas irritantes, etc. Pues bien ; cuando estas causas han cesado de obrar por sí mismas, el sicósis que habían desarrollado podrá cesar tambien : no es nada contagioso. Añadamos tambien, que en el sicósis artificial no se presentan las complicaciones inflamatorias celulares, las nudosidades tuberculosas, las supuraciones sub-dérmicas, las fisuras exudantes, por las que se escapa el pus que se concreta para formar la concha impetiginosa que ya hemos descrito.

El sicósis parasitario, por el contrario, es contagioso é inoculable; escoge de preferencia por asiento el menton, las regiones laterales de los carrillos y las regiones sub-maxilares ; su desarrollo es más rápido y más extenso, ocupa una superficie más considerable, pues que su extension es el resultado de la propagacion del tricófiton. La enfermedad comienza por el pelo, pues se nota la alteracion de éste desde el principio : su alteracion y caida son más precoces y más comunes; las vainas tricofíticas aparecen alrededor de las raíces de los pelos ; los accidentes inflamatorios, siendo determinados y sostenidos por la existencia del parásito, son más pronunciados, más intensos, y se complican, por el hecho mismo de su intensidad, con la inflamacion del tejido celular subyacente, que acarrea todos los desórdenes locales graves arriba mencionados. Por último, si el sicósis parasitario, abandonado á sí mismo, puede curar espontáneamente, esta curacion es mucho más tardía, y no tiene lugar sino despues de la caida de todos los pelos, despues de la avulsion y destruccion de todos los parásitos. Tales son los caractéres distintivos, con ayuda de los que se podrá fácilmente diagnosticar la naturaleza del sicósis, y distinguir el sicósis parasitario del sicósis de causa externa.

PRONÓSTICO.

El pronóstico del sicósis es bastante grave, en razon de su asiento profundo, de su duracion casi siempre larga, de la caida de los pelos que ocasiona, del tratamiento doloroso que necesita, de los accidentes inflamatorios intensos de que se complica á veces y de la calvicie definitiva de que puede ser causa. Empero estos accidentes inflamatorios, estas complicaciones, estas deformidades, esta duracion tan larga, esta amenaza de calvicie y este peligro de contagio, pertenecen al sicósis parasitario, de lo cual resulta que su pronóstico es mucho más grave que el del sicósis de causa externa.

TRATAMIENTO.

Si hemos pagado á M. Bazin un justo tributo de elogios al tratar del asiento anatómico, la naturaleza parasitaria del sicósis y la descripcion de los accidentes tricofíticos, asuntos todos que ha descubierto, determinado é indicado con tanta precision, no debemos ménos de tributárselos por lo que respecta al tratamiento de esta enfermedad. En efecto, él es el que ha concebido el verdadero, el único tratamiento eficaz del sicósis, es decir, la epilacion.

El sicósis es una enfermedad inflamatoria; es la inflamacion de los folículos pilíferos; las cataplasmas, las diversas aplicaciones emolientes, están pues indicadas; pero el pelo implantado en medio del folículo es como un cuerpo extraño, cuya presencia sostiene la inflamacion; es necesario, pues, separarlo. Haciéndolo desaparecer, desembarazando al folículo de un cuerpo extraño, cuya presencia no hace más que entretener, aumentar y perpetuar la inflamacion, se desatasca dicho folículo, se produce en él una especie de desbridamiento interior; una pequeña sangría local, resolutiva y depletiva, se le abre, se le hace más fácilmente permeable, y se establece entre

él y los tópicos emolientes ó modificadores un contacto directo, pues que el pelo que obstruía su canal escretor ha sido separado. Nada se opone á que la accion emoliente resolutiva y sustitutiva de los tópicos penetre en su interior. Tales son los datos sobre que se funda la epilacion en el sicósis, y tal es su teoría cualquiera que sea la naturaleza del sicósis, ya sea éste de causa externa, ya sea parasitario.

Si es parasitario, la indicacion de la epilacion es aún más formal, porque á más de que produce la desengurgitacion, el desbridamiento interior de que hemos hablado, á más de que arranca el pelo que habia llegado á ser como un cuerpo extraño en medio del folículo inflamado, desembaraza al mismo tiempo este folículo de la presencia del parásito, del hongo adherido á la raíz del pelo bajo la forma de una vaina blanquecina. Permaneciendo el parásito en el folículo, contribuye tambien, en gran parte, á sostener una inflamacion, de la cual ha sido la causa primera y el principal agente; la indicacion de separarlo, de extirparlo, es pues positiva, y el medio mejor y más seguro de conseguir esto, es separar el pelo á que está adherido el parásito. Antes de M. Bazin, nadie había pensado en la epilacion, porque nadie había reconocido la naturaleza parasitaria de la afeccion. M. Devergie había prescrito la sangría general al principio, para detener, decía él, los progresos de la enfermedad. M. Bazin es, pues, el primero que ha prescrito la epilacion, y la prescribe, no sólo contra el sicósis parasitario, sino tambien contra el sicósis artrítico que, para nosotros, no es sino el sicósis artificial ó de causa externa. Este método de la epilacion, aplicado no sólo al sicósis parasitario, sino tambien al sicósis artificial, es aconsejado y practicado por nuestro excelente amigo el Dr. Piogey, antiguo interno del hospital de San Luis, que ha unido su nombre de la manera más digna al estudio de varias dermatósis, de la sarna en particular.

Cuando se trata del sicósis parasitario, la epilacion no solamente tiene la ventaja de arrancar el pelo y al mismo tiempo

el parásito, sino tambien la de asegurar un acceso á los diferentes parasiticidas empleados para destruir el parásito hasta en sus últimos vestigios, permitiéndole penetrar hasta el fondo del folículo pilífero, y ponerse en contacto con los gérmenes y los restos de parásito que han quedado allí, y que no hubiesen dejado de multiplicarse.

Nunca recomendaremos demasiado el principio de la epilacion. Pero debemos confesar, que tal como M. Bazin la prescribe, nos parece del todo insuficiente; así, pues, nosotros agregamos las escarificaciones practicadas con la lanceta ó el bisturí; este es un complemento que miramos como necesario, y del cual la experiencia de varios años nos ha mostrado los más felices resultados.

Recordemos, en efecto, que la epilacion no tiene por único objeto separar el pelo y el parásito, sino tambien practicar en el seno del folículo un desbridamiento, una especie de sangría local depletiva. Así, pues, este doble resultado no se obtiene sino débilmente por la sola avulsion del pelo. La epilacion debe tambien dar á los parasiticidas depositados en la superficie de las partes enfermas, un libre acceso al interior del folículo; pero bajo este punto de vista tampoco la epilacion sola es suficiente, porque el orificio capilar que da paso al pelo, tan pronto como se ve desembarazado de él, no tarda en obliterarse por la retraccion y la adhesion de las partes blandas que lo forman; por consiguiente, la penetracion de los agentes parasiticidas hasta el centro del folículo, no tiene lugar sino de una manera incierta é incompleta; así, pues, la epilacion, excelente en teoría, no es tan buena en sus resultados prácticos, pues que en la mayor parte de los casos es insuficiente. Esta insuficiencia es tambien muy evidente cuando el sicósis se presenta con las complicaciones inflamatorias del tejido celular; cuando los tubérculo-pústulas sicósicos están implantados sobre mucosidades, sobre voluminosos tubérculos formados por el tejido celular inflamado. En este caso, sobre todo, es donde están bien indicados los desbridamientos y las sangrías loca-

les depletivas. Pero la avulsion del pelo, ¿produce este resultado en condiciones suficientes? Evidentemente no. Hé aquí por qué, sin duda alguna, los accidentes sicósicos son tan tenaces y tan persistentes: hé aquí por qué las complicaciones inflamatorias del tejido celular son tan rebeldes y producen tantas deformidades: hé aquí por qué la destruccion del parásito en el centro del folículo piloso es tan larga y tan difícil, y está tan retardada por tantas repululaciones.

Estas son las consideraciones clínicas, deducidas de la observacion y de la experiencia, que nos demuestran cuán insuficiente es la epilacion sola, bajo todos conceptos, y que nos han hecho buscar un medio que supla á esta insuficiencia: este medio consiste en desbridamientos, en escarificaciones, que practicamos en todas las partes epiladas.

Tal es la teoría, tal es el principio del tratamiento del sicósis: veamos ahora cómo debe ser aplicado este tratamiento.

Dado un sicósis, si este es artificial ó de causa externa, lo primero que hay que hacer es suprimir la causa que lo produce y sostiene: si es el resultado del uso de cosméticos, de un jabon muy cargado de aceite esencial, es necesario apresurarse á reemplazar estos agentes irritantes de tocador por lociones y aplicaciones exclusivamente emolientes. Si el sicósis es la consecuencia de la irritacion causada por una mala navaja de afeitar, se deberá no cortar la barba sino con tijeras curvas, á fin de evitar á la piel todo contacto, hasta el de una navaja, por bien afilada que esté; la barba deberá ser cortada al nivel de la piel, con el fin de que las cataplasmas de fécula de patatas bien cocidas que se coloquen sobre las partes enfermas, puedan ejercer sobre estas partes su influencia emoliente.

Por lo general, sólo estos medios terapéuticos son suficientes para un sicósis artificial en su primer período: la supresion de las causas, las aplicaciones emolientes y los baños locales emolientes prolongados y repetidos varias veces por dia. Al cabo de ocho á diez dias se ve hundirse, aplastarse, llegar á ponerse pálidas y ménos rojizas las elevaciones formadas por

los tubérculos sicósicos, y entrar la enfermedad en vías de resolucion, desapareciendo la inflamacion aún ántes que las pústulas se hayan formado. El sicósis desaparece ántes de haber entrado en el segundo período de su evolucion; otras veces no se borra sino despues del período pustuloso, como acontece habitualmente con el sicósis producido por las fricciones con el aceite de enebro, erupcion tan comun en el curso del tratamiento del psoriasis.

Pero, si á pesar de la supresion de las causas y del tratamiento emoliente, la turgencia inflamatoria de los folículos pilíferos no desaparece, ya sea ántes, ya durante ó despues del período de supuracion, es necesario atribuir esta persistencia de la inflamacion á la presencia del pelo, que hace el oficio de cuerpo extraño, dando lugar por su presencia á un acrecentamiento de la inflamacion del folículo, en el seno del cual ha perdido derecho de domicilio por el hecho mismo del estado flegmásico de este folículo.

En este caso es cuando debe ser practicada la epilacion. Esta operacion es muy sencilla: se coge con una pequeña pinza cada pelo por separado, inmediatamente por encima de su punto de emergencia, con el fin de evitar que se rompa; se le imprime un movimiento brusco de traccion que desprenda su raíz, determine su avulsion. Es necesario arrancar así todos los pelos de la region enferma, en una ó varias sesiones. Si la tumefaccion inflamatoria es poco considerable, si los tuberculo-pústulas sicósicas no forman una aglomeracion extensa, roja, saliente y confluente, la epilacion bastará por sí sola, si bien ha de ir seguida de la aplicacion de cataplasmas de fécula de patatas colocadas permanentemente sobre las partes epiladas y mantenidas hasta que haya desaparecido toda huella flegmásica.

Pero si las condiciones que hemos enumerado ántes existen, es decir, si la inflamacion está muy desarrollada, si hay tension y confluencia, la epilacion sola será insuficiente; entónces deberá hacerse seguir de escarificaciones ó desbridamientos.

Con la punta de una lanceta se practicará un número más ó ménos considerable de picaduras en la superficie enferma; se harán tambien desbridamientos y una sangría local, más eficaz seguramente que la sola epilacion. Generalmente este tratamiento enérgico, seguido de aplicaciones emolientes sostenidas con persistencia, basta por lo comun. Se ve entónces todas las partes enfermas mejorarse y volver á salir nuevos pelos en su condicion normal de fuerza, de direccion, de volúmen y de color.

Pero hay casos refractarios en los cuales ocurre que la inflamacion no cede; el folículo piloso permanece tenso, voluminoso, flogoseado. Bajo esta influencia morbosa se produce un pelo enfermo; este nuevo pelo es delgado, blanco ó rojo, retorcido, sin fuerza, sin vitalidad suficiente. Es necesario entónces practicar una segunda epilacion, y á veces quince ó veinte dias despues una tercera, si los pelos no son aún normales. Esta persistencia de la inflamacion, que trae consigo la necesidad de epilaciones sucesivas, es mucho ménos frecuente si se ha tenido cuidado de practicar, despues de cada epilacion, las escarificaciones segun el procedimiento que hemos indicado.

Tal es el tratamiento del sicósis artificial.

El sicósis parasitario deberá ser combatido por los mismos medios, con la diferencia de que serán más enérgicos. Hemos visto, en efecto, que éste está caracterizado por una inflamacion más intensa, por un desarrollo flegmásico más considerable de los folículos pilosos, por una propagacion más rápida de la inflamacion á más extensas superficies; hemos visto tambien que en el sicósis parasitario es, sobre todo, donde se encuentran las complicaciones inflamatorias del tejido celular, las tumefacciones flegmonosas, forunculosas y tuberculosas; en este caso, pues, debe intervenirse con la mayor energía. Por otra parte, esta energía, esta rapidez terapéutica son tambien exigidas por la presencia del parásito, que pulula, se multiplica y se propaga poco á poco de folículo en folículo.

Sin duda alguna, abandonado el tricófiton á sí mismo, terminaría por ser destruido por la supuracion. En efecto, ya hemos dicho que el pus segregado en el folículo piloso mata la vitalidad del hongo, al mismo tiempo que se enuclea con el pelo. Pero, ¿despues de cuánto tiempo, despues de qué graves lesiones y de qué complicaciones se obtendría este resultado? ¿No sería desorganizado y obliterado el folículo piloso por el pus que por tanto tiempo le había bañado y llenado? ¿No sería destruida la papila pilífera, y no sería la consecuencia de esta larga inaccion terapéutica, una calvicie definitiva?

Es necesario, pues, obrar contra el sicósis parasitario, y esta accion debe ser pronta y enérgica. Aquí la epilacion está triplemente indicada; primero, por la inflamacion misma del folículo; despues, por el peligro de ver propagarse esta inflamacion á los folículos vecinos y al tejido celular subyacente; y por último, por la presencia del parásito, que es necesario extirpar lo más pronto y lo más completamente posible.

Es necesario, decimos, epilar lo más prontamente posible, en razon de la intensidad de la inflamacion y de los peligros de las complicaciones por parte del tejido celular. El sicósis parasitario es el que trae consigo la inflamacion más viva; es el que se extiende á más vastas superficies, y el que provoca con mayor frecuencia la flogósis, la induracion tuberculosa y la supuracion del tejido celular; es necesario, pues, hacer todo lo posible por detener el desarrollo de esta inflamacion: la epilacion es el medio mejor y más eficaz. La misma indicacion es exigida, tambien por la existencia del parásito, que es necesario extraer lo más pronto posible, porque su presencia sostiene la inflamacion y sus esporos la propagan gradualmente á los folículos vecinos. Si consideramos en el sicósis parasitario sólo la lesion inflamatoria, con sus complicaciones desarrolladas en el tejido celular, os diremos: Epilad lo más pronto, lo más completo y lo más extensamente posible; despues haced escarificaciones numerosas, tales, que penetren hasta los tubérculos celulares, y que practiquen vastos desbridamientos,

sangrías locales que calmen la inflamacion y prevengan la supuracion: en el caso que ya ésta estuviese formada, estas escarificaciones le abrirán un camino ancho y fácil y evitarán las fisuras, las rasgaduras del dérmis que el pus produce, para abrirse una vía á traves de sus intersticios.

Si consideramos ahora al parásito, diremos tambien: Epilad, á fin de extraer el tricófiton al mismo tiempo que el pelo; epilad varias veces sin demora, á fin de que en cada epilacion extraigais, al mismo tiempo que un pelo enfermo, los fragmentos, los restos, los esporos tricofíticos que hubiesen resistido á las primeras epilaciones. Abrid, por extensas escarificaciones los folículos pilosos, á fin de que por estas anchas aberturas penetren fácil y abundantemente los agentes parasiticidas en su interior, para destruir en él al parásito hasta en sus últimos vestigios.

Así, pues, cuando se trate del sicósis parasitario, el tratamiento no se limitará como para el sicósis artificial, á la epilacion, á las escarificaciones y á las aplicaciones emolientes; es necesario tambien hacer penetrar en el seno del folículo enfermo que encierra el hongo, sustancias deletéreas, para procurar destruirlo. Estas sustancias parasiticidas son de diversas naturalezas; una de ellas, que nos parece la mejor, es la tintura de yodo, que empleamos de la manera siguiente: Acabadas de hacer las escarificaciones, contenemos la sangre que por ellas brota; despues paseamos varias veces sobre todas las superficies epiladas ó incindidas un pincel empapado de tintura de yodo; repetimos estas pinceladas dos ó tres dias seguidos, teniendo cuidado de mantener permanentemente sobre las partes enfermas, una cataplasma de fécula de patata. Despues de una epilacion bien hecha, seguida de incisiones, ó de dos ó tres pinceladas con la tintura de yodo, vemos comunmente disminuir los tubérculos, desaparecer y ponerse al nivel de la superficie cutánea sana. Si algunos tubérculos persisten ó vuelven á formarse algunos dias despues, los incindimos de nuevo, despues de haber practicado, si hay lugar, una segun-

da ó una tercera epilacion, que hacemos seguir, lo mismo que las incisiones, de nuevas pinceladas con la tintura de yodo, sin omitir las aplicaciones permanentes de cataplasmas de fécula de patatas. Os recomendamos como parasiticida el uso de la tintura de yodo pura, que es de un empleo muy fácil, y que es al mismo tiempo muy eficaz.

M. Bazin tiene la costumbre de emplear lociones con una solucion de sublimado, que usa inmediatamente despues de la epilacion.

Este autor aconseja tambien el uso de la pomada de turbit mineral (sub-sulfato amarillo de mercurio), de la cual extiende una ligera capa sobre las partes epiladas: esta pomada se compone de

Manteca fresca.....	30 gramos.
Turbit mineral.....	1 gramo.

Mézclese.

Nosotros empleamos á veces tambien estas dos sustancias parasiticidas; he aquí cuál es la fórmula de la disolucion de sublimado que usamos:

Agua destilada.....	120 gramos.
Sublimado.....	1 gramo.

Se pone en la mitad ó la cuarta parte de un vaso de agua fria una cucharada de café de este líquido, y se empapa de la mezcla un lienzo fino, con el cual se locionan todas las partes enfermas, epiladas é incindidas, despues de lo que se las cubre con una capa de la pomada ántes indicada.

Tal es, con todos los detalles que requiere este punto práctico, el tratamiento del sicósis. Se creerá obtenida la curacion cuando los tuberculo-pústulas sicósicos estén deprimidos y del mismo nivel que las partes sanas que los rodean, cuando no haya puntos salientes en las partes que han estado enfermas, y cuando éstas estén lisas y unidas, y los pelos vuelvan á crecer con su color normal y su estado primitivo de fuerza, de vi-

talidad, de direccion y de adherencia. Además, es necesario no olvidar, que los pelos pueden no volver á salir, y puede obtenerse la curacion completa con la destruccion definitiva de los pelos de toda la region que ha estado afectada.

El sicósis parasitario, y áun el no parasitario, pueden siempre dejar tras sí una calvicie incurable, resultante de la obliteracion de los folículos pilosos. Esto es necesario tenerlo presente, á fin de advertir á los enfermos y de prepararlos á este resultado, siempre desagradable, éste será tanto ménos de temer, cuanto más cerca del principio de la enfermedad hayan sido practicadas la epilacion y las escarificaciones.

LECCION VEINTICUATRO.

Herpes.

Señores:

Del verbo griego ἕρπειν, que significa *arrastrar*, se ha formado la palabra *herpes*. Para Lorry y los antiguos patólogos franceses é ingleses, *herpes* era una denominacion vaga y genérica que se aplicaba á todas las afecciones dartrosas, áun á las más desemejantes por sus lesiones anatómicas; herpes era sinónimo de dartros: así es que el psoriasis se llamaba *herpes furfuroso*, y que Alibert, en su lenguaje pintoresco, designase al eczema con el nombre de *herpes squamosus malidans*. Hoy, todavía, y como para perpetuar la memoria de esta antigua y sensible confusion de una nomenclatura tan defectuosa, las palabras *dartro* y *herpetismo* se toman indistintamente, y la calificacion de *herpétides* designa todas las enfermedades cutáneas de naturaleza dartrosa.

Si la palabra *herpes*, en su acepcion vaga y mal definida, se aplicaba á casi toda la patología cutánea, designando, sin embargo, de una manera más especial la enfermedad que nos ocupa, ésta había tambien recibido un gran número de denominaciones. Así, se le llamaba indistintamente: *ignis sacer*, *fuego de San Antonio*, *erisipela pustulosa*, *dartros flictenoides*, *zona repens*, etc.

Esta confusion que acabamos de presentar en la denominacion, la encontramos tambien relativamente á los diversos aspectos, bajo los cuales era el herpes considerado, y relativamente tambien á su valor semeiótico.

Alibert y Villan, los primeros, querían que la palabra herpes se aplicase á las afecciones vexiculosas. Rayer describe como otras tantas enfermedades diferentes las diversas variedades de herpes, basadas en el volúmen de sus vexículas y en sus diferentes sitios. Devergie lo define de la manera más falsa, diciendo que se debe llamar *herpes* «toda enfermedad que se extiende en superficie por su circunferencia, y que tiene la forma de un círculo, ya que el centro se cure ó que permanezca enfermo.» Reparad que en esta definicion no se ha tenido en cuenta la lesion anatómica característica de esta enfermedad; reparad, tambien, que esta definicion se aplica igualmente á todas las afecciones de desarrollo serpiginoso, áun las más opuestas por su naturaleza, lo mismo al eczema serpiginoso que á las diversas especies de sifílides serpiginosas. El mismo autor se pierde en seguida en una multitud de divisiones, basadas en las dimensiones de las vexículas, y establece en el género *herpes* dos grupos de afecciones, que él llama: 1.°, *herpes de pequeñas vexículas;* y 2.°, *herpes de grandes vexículas.*

M. Bazin, siempre preocupado con la artritis, se esfuerza en demostrar que muchas especies de herpes no son otra cosa que manifestaciones de esta diátesis; mientras que M. Hardy, que niega la artritis, atribuye las mismas variedades de herpes á la diátesis dartrosa.

En medio de opiniones tan diversas, busquemos donde está la verdad, y tratemos, por una sana interpretacion, de establecer los hechos tales como nos los revela la clínica y una observacion concienzuda, separados de toda idea sistemática y preconcebida.

¿Qué es, pues, el herpes?

Definicion. — Definiremos el herpes una enfermedad de la piel y de las mucosas, caracterizada por vexículas voluminosas, anchas de base, no aguzadas, reunidas en grupos sobre superficies congestivas, eritematosas, que persisten tres ó cuatro dias, y dan lugar, al cabo de este tiempo, á costras amari-

llas, negruzcas, formadas por la desecacion del líquido que aquellas contenian, las cuales, despues de una duracion de cuatro á cinco dias, se desprenden, dejando trás sí, ya una ulceracion superficial, ya una simple mancha roja y morenuzca, que no tardan, tanto una como otra, en borrarse ó cicatrizarse.

I.—LESIONES ANATÓMICAS DEL HERPES.

La lesion anatómica, madre ó primitiva del herpes, es, pues, una vexícula. Las vexículas del herpes se distinguen por los caractéres siguientes: son voluminosas, de la dimension de un grano de mijo á la de un pequeño guisante ó una pequeña lenteja; su base es ancha, redondeada, y su vértice aplanado; su duracion es de tres ó cuatro dias: están reunidas en número variable, de tres á diez, y á veces más, sobre una superficie de piel ó de mucosa inflamada. Si el número de vexículas que forman un grupo es variable, no lo es ménos el número de grupos. A veces no hay más que uno solo; otras veces, como en la forma de herpes, llamada *zona*, por ejemplo, hay un número mayor ó menor, cinco, diez, doce ó veinte. Estos grupos están colocados sobre superficies de piel ó de mucosas de forma variable, pero con más frecuencia redondeada, de dimension variable tambien y en relacion con el número y volúmen de las vexículas; la coloracion de estas superficiés es de un rojo eritematoso, más ó ménos acentuado, se destacan claramente de las partes sanas circunyacentes, tanto por su coloracion como por una tumefaccion y una tension fácilmente apreciables.

Despues de una duracion de tres ó cuatro dias, las vexículas que al principio eran transparentes, despues opalinas y amarillentas, segun las transformaciones sufridas por el líquido que encierran, se cubren de costras. Estas costras son en un principio amarillentas, despues morenuzcas; son secas, fuertemente adheridas; están formadas por la concrecion del lí-

quido contenido en las vexículas; persisten durante cuatro ó cinco dias, y cuando se desprenden están cicatrizadas las partes del dérmis que cubrían; éstas quedan todavía por algunos dias con una mancha rojiza, única huella de la ulceracion herpética, que no tarda en borrarse á su vez y en desaparecer, sin dejar vestigio alguno cicatricial.

Tal es la constitucion, y tal es tambien la evolucion de la vexícula herpética, abandonada á sí misma, y situada en una region donde no esté sometida á ningun contacto, á ningun frotamiento, capaces de alterarla en su integridad, de desgarrarla y de interrumpir su marcha regular.

Pero si las vexículas del herpes están situadas en una membrana mucosa, cuya hoja epitelial, excesivamente tenue, no le suministre sino una envoltura en extremo delgada, y por consiguiente, muy expuesta á romperse; si están implantadas en superficies mucosas superpuestas y que ejercen unas sobre otras frotamientos, bañadas por líquidos más ó ménos abundantes, y á veces ácres é irritantes por su naturaleza; en estas condiciones, otra será la marcha de la vexícula herpética: la lesion madre ó primitiva del herpes será notablemente modificada en sus caractéres y en su fisonomía, y nos presentará una ulceracion que importa mucho conocer.

Supongamos, por ejemplo, al herpes en la cara interna del prepucio, sobre la raíz del glande; en las partes genitales de la mujer, en la cara interna de los grandes labios, en los pequeños labios, en la entrada de la vagina, etc. ¿Qué le ocurrirá en estas regiones y en qué condiciones van á encontrarse las vexículas? Primeramente se desgarrarán con muchísima facilidad, pues que no están cubiertas más que por una película epitelial de una extrema delgadez. Despues se encontrarán como sumergidas en un baño perpetuo formado por los líquidos vaginales y vulvares, lo cual las hace más fácilmente desgarrables; por último, las partes sobre que están desarrolladas ejercen una sobre otra frotamientos casi continuos, resultando de estas diversas condiciones que la vexícula del herpes no persistirá;

se romperá apénas formada, de suerte que la parte del dérmis ulcerada que cubría y que le había dado orígen, se encontrará descubierta bajo la forma de una ulceracion.

Esta ulceracion viene á ser entónces el único carácter, la única lesion anatómica del herpes. Acabamos de decir por qué la vexícula no persiste, por qué su existencia es tan corta y fugaz, que rara vez se la puede comprobar. Luégo si la vexícula no persiste, si es casi inobservable, con mayor razon la costra que reemplaza á la vexícula no se producirá. No habrá, pues, ni costra, ni vexícula para caracterizar el herpes, no habrá más que una ulceracion; pero como esta ulceracion ocupa de preferencia las partes genitales, que son para ella un lugar de eleccion, es muy importante no confundirla con las ulceraciones sifilíticas, y en particular con los chancros, confusion por desgracia muy frecuente y cuyas funestas y graves consecuencias comprendereis en seguida.

Hay, en efecto, médicos poco acostumbrados á la patología de los órganos genitales de la mujer y del hombre, que por el solo hecho de la presencia de una lesion en estos órganos están dispuestos á atribuir á esta lesion un carácter sifilítico. Parece que dudan que estos órganos, como las otras regiones del cuerpo, están sujetos á enfermedades que no tienen absolutamente nada de comun con la sífilis. Vereis con frecuencia en nuestras salas ejemplos de semejantes errores; errores, por otra parte, perjudiciales, pues que ellos no influyen sólo sobre un diagnóstico y un tratamiento, sino tambien sobre la reputacion, sobre la vida social y sobre la consideracion de los enfermos.

A propósito de esto, señores, dejadme contaros en pocas palabras dos hechos que os mostrarán las consecuencias deplorables que pueden traer consigo uno de estos errores de diagnóstico.

En 1845, estando yo agregado como interno, al servicio de M. Huguier, en el Hospital de Lourcine, nos fué enviada una mujer de 40 á 45 años, costurera de un convento. Esta mujer,

muy gruesa, poco cuidadosa de su persona, había sido atacada de comezones, de tumefacciones y de dolores en las partes genitales: la marcha le era penosa y casi imposible. Visitada por el médico del convento, la declaró sifilítica y plagada de chancros. A consecuencia de este diagnóstico fué expulsada ignominiosamente del convento y enviada á Lourcine. Pero los pretendidos chancros no eran otra cosa que ulceraciones herpéticas; esta mujer estaba vírgen, no sólo de la sífilis, sino tambien de toda relacion sexual. Un certificado que le fué expedido en este sentido por M. Huguier, le volvió á abrir las puertas del convento, donde fué reintegrada con todos los honores debidos á su virtud puesta en duda: entró en el convento despues de ocho dias de un tratamiento que fué suficiente para curar su herpes.

El segundo hecho no es ménos interesante: un jóven, alumno de uno de los liceos de Paris, fué atacado de una erupcion herpética en la cara interna del prepucio y en la ranura del glande. Este jóven fué declarado sifilítico é infectado de chancros venéreos. Este diagnóstico, formado por el médico del liceo, ocasionó la expulsion del alumno, á pesar de todas sus protestas de inocencia. Su familia lo sometió al exámen de los hombres más competentes, de M. Ricord en particular. Se comprobó que las ulceraciones de que estaba atacado no eran en manera alguna chancrosas, sino simplemente herpéticas. Un certificado que atestiguaba este hecho le valió el volver á entrar en el liceo, y fué causa de la destitucion del médico culpable de un error de diagnóstico tan grave en sus consecuencias.

Hechos semejantes, que no son raros y de los cuales vemos frecuentes ejemplos, os demuestran la excesiva importancia que tiene el conocer bien los caractéres de la ulceracion herpética, á fin de no confundirla con la ulceracion chancrosa, que es tan diferente en sí, en sus caractéres, en su naturaleza, en su marcha, en su gravedad y en sus consecuencias. ¿Cuáles son, pues, los caractéres que distinguen la ulceracion del herpes?

La ulceracion del herpes es superficial, sin profundidad; es más bien una exulceracion que una ulceracion. Propiamente hablando, no interesa más que la capa más externa, la más superficial del dérmis; sus contornos son irregulares, como festoneados; sus bordes están cortados en bisel y van adelgazándose progresivamente hasta ponerse al nivel de las partes sanas. Las ulceraciones herpéticas son ordinariamente múltiples, son asiento de una picazon dolorosa que se exaspera por el contacto, por el frotamiento de las partes próximas. Generalmente no producen el infarto de los gánglios linfáticos, á no ser que la inflamacion sea muy intensa. Abandonadas á sí mismas, sin cuidado alguno higiénico, pueden, bajo la influencia de las condiciones que las han producido, extenderse en superficie y multiplicarse, pero terminan siempre por curarse, despues de una ó muchas erupciones sucesivas. Tratadas convenientemente, curan en el espacio de un setenario y sin dejar nunca huella alguna cicatricial.—Tales son los caractéres de la ulceracion herpética.

La ulceracion chancrosa, por el contrario, muy circunscrita, muy regularmente redondeada, como si hubiese sido hecha con un sacabocados: con mucha frecuencia es única; sin embargo, no deja de ser comun encontrar reunidos gran número de chancros blandos, que son inoculados y multiplicados en la misma region. M. Fournier ha observado hasta sesenta y nosotros hemos visto una veintena, en las caras interna y externa de los grandes labios. Así, pues, la unidad ó multiplicidad de las ulceraciones no es sino un punto secundario para el diagnóstico.

Pero aunque el chancro sea único ó múltiple, sus caractéres son siempre los mismos; cuando la pústula inicial se ha abierto, queda en su lugar una ulceracion no dolorosa, perfectamente redondeada, regularmente circunscrita, de bordes cortantes, cortados á pico, que establecen una línea de demarcacion manifiesta entre las partes sanas y la ulceracion. Esta es profunda, tanto, que en razon de su profundidad y de sus bor-

des verticales, se la puede comparar á un pozo. Su fondo es grisáceo, va acompañada casi siempre del infarto de los gánglios linfáticos vecinos. Del décimo quinto al vigésimo dia de su duracion, la ulceracion chancrosa puede indurarse, es decir, que su circunferencia adquiere entónces una dureza casi cartilaginosa; se rodea de un disco, de una especie de anillo, cuya duracion resalta claramente en medio de la blandura de los tejidos vecinos; una vez indurado, el chancro entra en su período de reparacion, pero la ulceracion que lo representa, persiste de cuatro á seis semanas; la induracion que le rodea, le sobrevive bajo la forma de una pequeña nudosidad que no se borra ni desaparece sino despues de un tiempo más ó ménos largo: una, dos ó tres semanas despues que la ulceracion chancrosa. Si el chancro no se indura, si no es infectante, si permanece en el estado de chancro blando, su duracion es tambien de cuatro á cinco semanas; necesita este tiempo para reparar la pérdida de sustancia considerable que ha producido y para llenar la úlcera que le constituye. Cuando el chancro está cicatrizado, ya haya sido chancro blando, ó ya indurado, deja tras de sí una cicatriz indeleble, cuyos caractéres son patognomónicos y quedan indefinidamente como su señal y como un estigma acusador é indeleble de su paso.

Ya veis, señores, que los caractéres de la ulceracion chancrosa son lo bastante distintos de los de la ulceracion herpética para que puedan diferenciarse. Hemos creido deber comparar una y otra estas dos ulceraciones, tan diferentes por sus caractéres, por su naturaleza y por su gravedad, porque tienen el mismo sitio de eleccion, las partes genitales y la boca; porque son muy frecuentes y porque dan lugar á numerosísimos errores de diagnóstico.

En resúmen, la lesion anatómica madre del herpes, es una vexícula voluminosa, que persiste tres ó cuatro dias, desarrollada sobre un fondo eritematoso y que se cubre de una costra gruesa, amarillo-negruzca, que, al cabo de cuatro ó cinco dias, se desprende dejando cicatrizadas las partes subyacentes. Pero

en ciertos casos y cuando ocupan el orificio de cavidades mucosas ó estas mismas cavidades, las vexículas herpéticas son fugaces, de una duracion corta y efímera; se rompen ántes que se las haya podido observar, y entónces el herpes no tiene otro carácter anatómico que ulceraciones cuya fisonomía y cuyos caractéres pueden siempre hacerle reconocer.

II.—EVOLUCION, FORMAS Y SÍNTOMAS DEL HERPES.

Conocemos ya las lesiones anatómicas que caracterizan el herpes; veamos ahora cuál es su manera de desarrollarse.

La evolucion del herpes comprende cuatro períodos: 1.°, *período prodrómico;* 2.°, *eritematoso;* 3.°, *vexiculoso;* 4.°, *costroso o de desecacion.*

Período prodrómico.—Es más é ménos caracterizado, más ó ménos intenso, y áun falta á veces, segun la naturaleza de la erupcion herpética que se produce. Cuando existe, se traduce por trastornos funcionales diversos: cefalalgia, quebrantamiento de fuerzas, ligera fiebre, inapetencia, y estado saburral de las primeras vías.

Período eritematoso.—Despues de uno ó dos dias, y á veces sólo de algunas horas de este estado general morboso, se produce en uno ó muchos puntos de la piel ó de las mucosas, una coloracion eritematosa más ó ménos pronunciada. Esta coloracion, de un rojo cuyo matiz es vivo ó pálido, se presenta bajo la forma de placas salientes y exactamente limitadas en medio y encima de las partes sanas, las cuales son variables en número, configuracion y dimensiones y son asiento de punzadas, de comezones, de calor y de tension. Este calor es apreciable al tacto; si ha de haber gran número de placas como en la forma de herpes llamada *zona*, todas estas placas pueden desarrollarse en una vez sola, en un solo brote, pero, en otros casos, se producen sucesivamente.

Período vexiculoso.—Al cabo de un tiempo que varía entre algunas horas y un dia, las placas eritematosas se cubren de

vexículas; su superficie se encuentra sembrada de pequeñas elevaciones blanquizcas, análogas á granos de mijo, transparentes y comparables tambien á pequeñas perlas finas: estas son las vexículas. Su número varía segun la dimension de las placas eritematosas y segun el volúmen que tengan las vexículas. Estas son, en efecto, ya gruesas como pequeñas cabezas de alfileres, ya mucho más anchas, semejantes á pequeñas ampollas, á pequeñas flictenas. Esta diferencia de volúmen de las vexículas, ha sido, para ciertos autores, objeto de una preocupacion bastante grande para que lo hayan considerado como base á las variedades de formas que han querido establecer en el género herpes. Tan es así, que Bateman ha descrito con el nombre de herpes *flictenoides* una variedad de herpes caracterizada por grupos de vexículas globulosas y transparentes, del volúmen de un grano de mijo al de un pequeño guisante. Willan adopta la misma idea nosográfica. Rayer la admite á su vez y consagra un capítulo á la descripcion del *herpes flictenoides*.

Devergie se funda en la consideracion del volúmen de las vexículas para establecer en el género herpes dos grandes divisiones: llama á la primera *herpes de vexículas extremadamente tenues*, y á la segunda *herpes de gruesas vexículas*.

En cuanto á nosotros, no pensamos que se le deba dar tanta importancia á la consideracion del volúmen de las vexículas. Hacemos, sin embargo, una reserva para una especie de herpes del todo aparte: del herpes circinado, parasitario, que está en efecto caracterizado por vexículas excesivamente pequeñas y dispuestas en círculo; pero, lo repetimos, esta reserva admitida para una especie de herpes cuya existencia está ligada á la presencia del tricófiton, no nos embaraza en las consideraciones de detalles que no tienen ventaja ni utilidad alguna, que no se apoyan sobre principio alguno importante, y que sólo son buenas para complicar con dificultades arbitrarias la historia del herpes. Esforzémonos por simplificar las descripciones nosográficas y en presentarlas con caractéres claros,

marcados y patognomónicos; no las oscurezcamos con multitud de pequeñas divisiones, con clasificaciones de un análisis minucioso y sin valor, que no son buenas más que para sobrecargar la memoria con denominaciones inútiles; no hagamos, como por gusto, difíciles y embrolladas las cosas que por sí mismas son claras y fáciles; mostrémoslas tales como son, tales como la naturaleza nos las presenta y así las haremos comprender más fácilmente.

No es necesario, pues, tener en cuenta el volúmen de las vexículas para establecer una clasificacion y una division en el género herpes. Esto es tan cierto, que en la misma superficie eritematosa y en el mismo grupo de vexículas las encontrareis gruesas, medianas y pequeñas. Vereis que entre las más gruesas las hay que, en razon de su volúmen considerable, pueden ser denominadas flictenas ó ampollas, y que son simplemente el resultado de la confluencia, de la reunion de varias vexículas, que no son más que una sola, por la rotura de las paredes de varias de ellas.

Período costroso ó de desecacion.—Despues de tres ó cuatro dias de duracion, las vexículas, que en un principio eran claras, blancas y transparentes á causa del líquido seroso que contenían; que despues se habían hecho opalinas y amarillentas, pues que la serosidad se ha hecho espesa y puriforme, se cubren de las costras que hemos descrito. Estas se desprenden, como ya hemos dicho, hácia el cuarto ó quinto dia, dejando las partes que cubrían revestidas de una película cicatricial.

La evolucion de las lesiones herpéticas, cuando se verifica de este modo, tiene una duracion de diez á doce dias. Pero si hay varias placas herpéticas, puede suceder que estas placas no se desarrollen todas en la misma erupcion, y en este caso la enfermedad se prolonga, conservando siempre la forma aguda.

El herpes se manifiesta en su evolucion bajo dos formas diferentes: ya reviste, lo que es más frecuente, la forma aguda,

y entónces sucede como acabamos de indicar; ya se le ve tambien, en casos más raros, adoptar la forma crónica.

La forma crónica del herpes ha sido muy bien descrita por M. Bazin, con el nombre de *herpes sucesivo y crónico*. M. Doyon la ha descrito igualmente, con el nombre de *herpes recidivante de las partes genitales*. Esto es debido á que el asiento más habitual de esta forma del herpes es el prepucio, la ranura del glande y la vulva. Lo que constituye la cronicidad en esta modalidad que reviste el herpes es la evolucion sucesiva de sus lesiones y la ausencia de toda reaccion general: las vexículas se desarrollan, recorren las diversas fases que las constituyen, todo parece terminado, cuando, en el mismo sitio donde aparecieron las primeras vexículas, ó al lado de este sitio, se produce una nueva erupcion; cuando ésta se extingue á su vez, es reemplazada por una tercera y así sucesivamente. El intervalo que separa las erupciones es variable; unas veces no hay interrupcion entre las erupciones; cuando la una parece curada, la otra aparece, y otras veces las erupciones se suceden con intervalos más ó ménos largos, de una semana ó de un mes; de suerte que la curacion, que parecía obtenida ya varias veces, parece ser indefinidamente diferida por una serie desesperante de recidivas tenaces. M. Bazin ve en esta forma del herpes una manifestacion de la artritis; M. Hardy ve en ella, por el contrario, un síntoma del herpetismo; M. Doyon participa tambien de esta opinion, que es la nuestra.

Hace poco tiempo hemos observado un caso de herpes sucesivo y crónico en un hombre de 28 años (cuyo padre está herpético y atacado de eczema crónico de las orejas y de la cara), y que nos habia presentado manifestaciones eczematosas en la frente, en el cuello y en los dedos. Despues de la desaparicion de estos síntomas no equívocos de herpetismo, fué atacado de un herpes sucesivo y crónico de la ranura del glande y del prepucio, cuyo herpes duró, á causa del gran número de erupciones sucesivas, tres ó cuatro meses, y no des-

apareció definitivamente sino despues de un tratamiento antiherpético, del cual fué el arsénico el principal agente. Es incontestable, pues, que en este caso la enfermedad que nos ocupa existía como síntoma del herpetismo.

III.—DEL HERPES BAJO EL PUNTO DE VISTA DE SUS VARIEDADES.

Despues de haber estudiado el herpes bajo el punto de vista de sus lesiones anatómicas primero, y en seguida relativamente al modo como aquellas lesiones se desarrollan; despues de haber considerado el herpes en su forma aguda, que es la más frecuente, y en seguida en su forma crónica, que no es tan frecuente, véamosle ahora en las diferentes variedades con que se nos presenta. Nosotros reuniremos estas variedades en tres puntos principales: 1.°, *variedades segun el sitio*; 2.°, *segun la cónfiguracion ó la disposicion;* 3.°, *segun la naturaleza.*

VARIEDADES DEL HERPES SEGUN SU SITIO.

El herpes, como todas las afecciones cutáneas de secrecion húmeda, se desarrolla de preferencia en aquellas regiones donde la piel es más fina, donde es más rica en vasos y en glándulas secretoras; es decir, que se le encuentra con más frecuencia en la proximidad de los orificios naturales, á la entrada y en el interior de estos orificios.

No olvidemos, en efecto, que el herpes se presenta, no sólo sobre la piel, sino tambien en las mucosas. Luégo los parajes donde se le encuentra con más frecuencia, sus sitios predilectos, son: alrededor de la boca, los labios *(herpes labialis)*; la cara interna y superior de los muslos, los pliegues génito-crurales, los grandes y pequeños labios, la vulva *(herpes vulvaris)*, el prepucio, y principalmente su cara interna *(herpes prœputialis)*, y la ranura de la base del glande.

La fisonomía del herpes varía segun estas diferentes regio-

nes, como ya hemos dicho en otra ocasion, por lo que no haremos más que recordarlo aquí. Así es que alrededor de la boca, en el labio inferior, donde existe con más frecuencia, está representado por vexículas voluminosas, redondeadas, reunidas en grupo sobre una superficie eritematosa; en ocasiones no hay más que una superficie eritematosa, y por consiguiente un solo grupo de vexículas herpéticas, y en otras, por el contrario, hay muchas. A veces las lesiones herpéticas están situadas en la base del labio inferior, implantadas exclusivamente sobre la piel, donde forman uno, dos ó tres grupos no muy grandes, y otras se desarrollan sobre el borde libre de los labios, invadiendo al mismo tiempo la piel y la mucosa labial.

El desarrollo de estas lesiones va con frecuencia precedido de algunos trastornos generales ligeros; se produce frecuentemente tambien en la declinacion de algunas enfermedades, de las cuales parece anunciar la curacion; pero puede tambien presentarse sin prodromos, sin desórden funcional alguno.

No oponiéndose al libre desarrollo del herpes labialis contacto ni frotamiento alguno, no obrando causa alguna de irritacion sobre las vexículas para aumentar la inflamacion que las ha hecho nacer ó para apresurar su ruptura, resulta que, en su variedad llamada *labialis*, en razon de su asiento sobre los labios y alrededor de la boca, el herpes se presenta con todos sus caractéres patognomónicos de aspecto, de evolucion y de duracion.

Así es que, haya ó no accidentes prodrómicos, haya ó no accidentes concomitantes, las vexículas se desarrollan libremente y sin obstáculo sobre una superficie eritematosa, inflamada, que pertenece ya á la piel, ya al mismo tiempo á ésta y á la mucosa. Son al principio diáfanas, blancas como el líquido que contienen; despues este líquido, esta serosidad, se pone oscura, espesa, puriforme, las vexículas pierden su transparencia, toman un color amarillento, y por último se ponen costrosas.

En el *herpes labialis* se puede, pues, seguir la enfermedad en las cuatro fases de su evolucion: *prodromos*, *eritemas*, *vexículas* y *desecacion*.

Pero en el herpes de las partes genitales, en el herpes *vulvaris* y en el herpes *præputialis*, ocurre lo contrario. La tenuidad excesiva de la hoja epitelial de la mucosa de los órganos genitales, las secreciones líquidas y abundantes que bañan estas regiones, los contactos, los frotamientos de unas partes con otras, hacen que las vexículas no persistan; se rompen apénas se forman; el líquido que contenían, en lugar de concretarse bajo la forma de costras, se derrama al exterior, y las partes del dérmis mucoso ulceradas quedan al descubierto, de tal modo que en estas variedades de herpes la única lesion que puede apreciarse y comprobarse es la *ulceracion*, porque la vexícula es de tal modo fugaz, que pasa desapercibida, y la costra no puede formarse.

Ya hemos estudiado los caractéres de la ulceracion herpética, por lo que nos excusamos de repetirlos aquí.

El herpes se observa, no sólo alrededor de la boca y en la cara externa de los labios, sino tambien en la cara interna de éstos, en la lengua, en la cara interna de los carrillos, en el istmo de las fauces, en el velo del paladar, en las amigdalas: en cuanto al de las partes genitales, penetra en la vagina y se le encuentra hasta en el cuello del útero. En el interior de las cavidades vaginal y bucal, en razon del terreno sobre que se encuentra implantado, y de las condiciones anatomo-patológicas que reune, su período vexiculoso es muy breve; su período costroso no existe; de manera que, con frecuencia, sólo puede reconocerse y diagnosticarse por las ulceraciones.

VARIEDADES DEL HERPES SEGUN SU CONFIGURACIÓN Y SU DISPOSICION.

Hemos dicho que el herpes está caracterizado por vexículas voluminosas, persistentes, reunidas en grupos sobre superficies inflamadas, eritematosas, perfectamente circunscritas y separadas por intervalos de piel sana.

Estas superficies, ó estas placas eritematosas se presentan bajo aspectos diferentes: generalmente son redondeadas, en forma de círculos. Las vexículas se desarrollan en la zona más exterior de este círculo; la parte media ofrece, bajo la forma de escamas epidérmicas, restos de vexículas más antiguas, que han recorrido las diversas fases de su evolucion, y que han sido reemplazadas por una nueva erupcion periférica. Esta disposicion en círculos, cuya dimension varía desde la de una peseta á la de un duro, caracteriza la forma que se ha designado con el nombre de *herpes circinado*.

Otras veces las vexículas están colocadas unas al lado de otras en los espacios eritematosos, representando bandas más ó ménos prolongadas; disposicion que M. Devergie ha descrito el primero, y que ha llamado *herpes en forma nummular*.

Hay ocasiones en que no existe más que una sola placa muy limitada, sobre la que emergen una, dos, ó tres vexículas: esto es lo más frecuente en el *herpes labialis*. Otras veces esta placa única, ó estas dos, tres, ó cuatro placas, son de una extension considerable; sus contornos son irregulares; no representan forma alguna geométrica; están esparcidas sin órden ni simetría, y están cubiertas de un número de vexículas, que pueden llegar á 10, 12, 15, y hasta 20.

Por último, y esta es una de las disposiciones más frecuentes del herpes, las placas pueden ser numerosas, variables en cuanto á sus dimensiones, pueden estar desarrolladas siguiendo una línea que rodee como un cinturon la media circunferencia de la region del cuerpo sobre la cual se producen. Cuando el herpes afecta esta disposicion, se le designa con el nombre de *zona ó herpes zoster*. El *zona*, en razon de su rara y notable configuracion, en razon de su frecuencia, de la extension de sus lesiones, de las vastas superficies sobre que se presenta, de los accidentes neurálgicos de que es á veces el punto de partida, es una de las formas más importantes y más interesantes del herpes, por lo cual merece que le dediquemos una atencion especial.

La definiremos de la manera siguiente:

El *zona* es una de las formas del herpes: se caracteriza, en su período de estado, por placas rojas eritematosas, separadas unas de otras por espacios de piel sana; estas placas, de naturaleza, extension y configuracion variables, están dispuestas de manera que parece un cinturon que abraza media circunferencia de la parte del cuerpo que ocupan; estas placas están cubiertas de vexículas, variables tambien en número y en dimension, agrupadas sobre su superficie, donde recorren las diferentes fases de su evolucion.

El zona no es una dermatosis que tiene su individualidad propia, constituyendo una entidad morbosa como el eczema, el psoriasis ó el pénfigo. No; el zona no es otra cosa que una de las formas, una de las variedades del género herpes; así es que nosotros no vamos á estudiar las lesiones anatómicas que la caracterizan; las conocemos ya, son las del herpes; es decir, son las vexículas, más ó ménos anchas, que duran tres ó cuatro dias; transparentes primero, opalinas y amarillentas despues, y reemplazadas por una costra morenuzca, cuya duracion es de cuatro á cinco dias; estas vexículas no están esparcidas, sino reunidas en grupos, sobre superficies eritematosas perfectamente limitadas.

Asiento y configuracion del zona.—El zona, como el herpes, del cual no es, lo repetimos, sino una variedad y una forma, ocupa frecuentemente la piel, pero se le puede encontrar tambien en las mucosas, y especialmente en la mucosa bucal. M. Rayer le ha observado propagándose de la cara externa de los carrillos á la superficie interna y á las encías; hace muy poco tiempo me ha sido comunicada una observacion muy interesante de zona que ocupaba la lengua.

El zona se desarrolla en todas las regiones del cuerpo: en el cuero cabelludo, frente, cuello, abdómen, espaldas y en los miembros superiores ó inferiores; pero su sitio predilecto más comun, es el tórax. Sigue ordinariamente la direccion y el trayecto de los nervios sensitivos. Así es que en el tórax se des-

arrolla paralelamente á los nervios intercostales; en el cuello sigue el trayecto de los nervios del plexo cervical. Si esta disposicion del zona á seguir una línea paralela á los nervios, es frecuente, no es, sin embargo, constante, porque vamos á verla afectar á veces las direcciones más variadas y más irregulares.

Con mayor frecuencia ocupa el tronco al nivel de la base del pecho, y marcha transversalmente en relacion al eje del cuerpo, siguiendo la direccion de los espacios intercostales; parte de la línea media del dorso, rodea el costado del tórax sobre que se fija y viene á terminarse en la parte anterior justamente en la línea media, á la que respeta, al nivel de la cual se detiene sin traspasarla. Afecta con más frecuencia el lado derecho que el izquierdo.

No siempre su direccion tiene esta regularidad; algunas veces es oblicua; así es que se le ve descender de la parte superior del tórax, hácia atras, pasar por debajo de la axila y venir á terminarse en la region umbilical, ó tambien en la region hipogástrica. Otras veces comienza en el tronco y termina en los miembros: hace poco hemos visto, en la sala de San Cárlos, un caso en el cual las lesiones cutáneas que le caracterizan partían de la línea media de la region lumbar, contorneaban la nalga, y venían á terminarse en la parte interna del muslo. En algunas ocasiones existe solamente en un miembro, sin tocar al cuerpo, que permanece completamente indemne de sus ataques.

Pero cualquiera que sea su asiento, ya ocupe el tronco ó los miembros; cualquiera que sea su direccion, ya transversal, regular ú oblicua, que interese á la vez ó no el tronco y uno de los miembros, hay un hecho importante que nunca falta, y es que la extension del zona no comprende nunca más que media circunferencia del tronco ó de los miembros. Así es que, cuando está limitado al tronco, su punto de llegada y de detencion en la parte anterior corresponde justamente á su punto de partida en la línea media de la parte posterior. Si comienza en el tronco para terminar en un miembro, su punto de termi-

nacion en este miembro corresponderá precisamente á su punto de orígen sobre el tronco. Si no ocupa más que un miembro, nunca será más que media circunferencia de este miembro. En la lengua comienza en la cara inferior, sobre la línea media, y termina en la línea media tambien, en la cara superior.

Desarrollo y síntomas del zona.—De todas las diversas formas de herpes, el zona es la que ocasiona mayor resentimiento general sobre la salud y la que va acompañada de accidentes ó trastornos generales más intensos. Siempre va precedida de un período prodrómico; éste dura uno ó dos dias, durante los cuales hay anorexia, quebrantamiento de fuerzas, cefalalgia y fiebre. Al mismo tiempo que existe este estado general, se manifiestan, en los parajes que deben recubrir los grupos herpéticos, dolores vivos, agudos, lancinantes. Estos dolores, por su carácter de agudeza y por sus repeticiones bajo la forma de lancetazos, son el tipo de dolores neurálgicos, pero de una neuralgia que estuviese complicada con quemadura; tal es la doble sensacion que acusan á un mismo tiempo los enfermos; punzadas, ondas dolorosas y quemadura.

Despues de doce ó veinticuatro horas de estos desórdenes generales y locales, se ve aparecer, simultánea ó sucesivamente, un número más ó ménos considerable de placas eritematosas, de configuracion variable y de una extension de uno á dos centímetros de ancho por de dos á cuatro de largo. Estas placas afectan la disposicion de que ya hemos hablado; no tardan en cubrirse de vexículas que se agrupan sobre cada una de las placas en número variable: sobre una misma placa pueden contarse hasta quince ó veinte. Estas vexículas son, al principio, transparentes como el líquido que encierran, su coloracion es blanca y con reflejos brillantes y metálicos; por esto se las ha comparado á perlas finas. Con frecuencia se ensanchan, se aproximan y se hacen confluentes, se establece entre varias de ellas una comunicacion directa por la rotura de sus paredes, de tal suerte, que esta reunion de varias vexí-

culas forma verdaderas ampollas. Estas ampollas, estas vexículas, de transparentes que eran, no tardan en ponerse opacas y amarillentas, á medida que el líquido que contienen, de seroso que era, se hace purulento. Despues de cinco dias se marchitan, se cubren de costras, primero amarillas y bien pronto negruzcas, las cuales, al cabo de cuatro ó cinco dias, se desprenden y caen, dejando tras de sí una película cicatricial, cuya coloracion termina por confundirse con la de la piel sana, sin dejar cicatriz alguna apreciable.

Los grupos de vexículas, tales como los hemos descrito, están aislados unos de otros; recorren cada uno su evolucion en el espacio de ocho á diez dias; pero como su desarrollo no se verifica siempre simultáneamente, resulta que la duracion del conjunto de estos grupos, es decir, del zona, varía entre dos, tres y cuatro semanas.

Los fenómenos generales prodrómicos se mejoran tan luégo como aparece la erupcion de las placas eritematosas, y que se verifica sobre estas placas la erupcion de las vexículas; algunas veces, sin embargo, persisten despues de esta erupcion; así es que los dolores lancinantes y las sensaciones de quemadura no desaparecen hasta despues de la extincion de todo el mal, es decir, despues de la caida de las costras y de la desaparicion de toda placa eritematosa y todo resto vexiculoso.

Tal es la marcha del zona en su forma más comun, en la que podríamos llamar su forma benigna, y que felizmente es la más frecuente.

Pero no sucede siempre de esta manera tan sencilla, y vamos á señalaros dos clases de peligros diferentes que el zona entraña á veces consigo. El primero de estos peligros, el más frecuente, consiste en la intensidad y persistencia tenaz y en cierto modo indefinida del dolor inherente al zona; el segundo depende de la forma grave y maligna que puede revestir.

Complicaciones del zona.—Dijimos, en primer lugar, que la complicacion más frecuente del zona y su peligro más comun,

consisten en la persistencia é intensidad del dolor. Expliquémonos: uno de los síntomas más constantes del zona, uno de los que rara vez faltan, es el fenómeno *dolor*. Hemos señalado con razon al dolor entre los accidentes prodrómicos. Hemos dicho que ántes de la manifestacion de la erupcion hay accidentes generales, como fiebre y trastornos funcionales; pero que hay tambien un accidente local preexistente á la erupcion, y que este accidente local es el dolor. Hemos dicho tambien que este presenta un doble carácter: que es á la vez el dolor de la neuralgia y el de la quemadura. Hemos añadido que en el momento de la erupcion es lo más frecuente que disminuya de intensidad, que se va debilitando á medida que las lesiones anatómicas del zona van entrando en su período de declinacion, y que desaparece al mismo tiempo que estas mismas lesiones. Hé aquí cómo se comporta ordinariamente el fenómeno *dolor* en el curso del zona.

Pero no siempre sucede esto así; ocurre á veces, y este hecho no es raro, que el dolor, que se había despertado desde el período prodrómico, persiste con toda su intensidad en el momento de la erupcion, que no sufre disminucion alguna durante toda la evolucion de las lesiones anatómicas, y que sigue con la misma intensidad, y áun con una violencia en cierto modo creciente. Este dolor es á veces de tal manera vivo, que constituye su verdadero suplicio y una tortura intolerable; arranca á los enfermos lágrimas y gemidos; les quita el apetito, el sueño y el reposo; los tiene en una agitacion continua y febril. Esta persistencia del dolor, es con frecuencia desesperante por su duracion, que parece ha de ser indefinida. Hay casos en los que despues de uno ó dos meses de haber desaparecido toda huella de zona continúa sin ceder el dolor, reviste entónces diferentes formas; ya es continuo y no deja al enfermo tregua ni descanso; ya es intermitente, con recrudescencias irregulares ó periódicas; es algunas veces tan vivo, que la salud general sufre graves y profundos ataques, y que los enfermos no mejoran ante ningun medio de tratamiento. Ya comprendereis

lo serio que es el peligro ocasionado por este dolor tan intenso y tan prolongado.

Hemos visto este año un ejemplo en uno de nuestros enfermos de la sala de San Cárlos, núm. 54. Este hombre había tenido un zona asistido en la ciudad; cuando se nos presentó, para pedirnos albergue, su zona estaba completamente curado, sin haber dejado huella alguna material de su paso; pero despues de esta curacion, que se remontaba á unos quince dias lo ménos, el dolor había persistido sin cesar en la region donde había existido el zona, es decir, en la base del tórax, en el lado izquierdo, con una violencia tal, que el enfermo se había visto obligado á entrar en el hospital. Nosotros lo asistimos más de un mes luchando con perseverancia con la medicacion calmante y revulsiva más enérgica contra este dolor, que cedía algunas horas ó algunos dias para reaparecer bien pronto con una intensidad igual.

Así, pues, la persistencia del dolor más allá de los límites y de la duracion de la enfermedad, constituye un peligro serio y una complicacion temible en el zona.

El segundo peligro inherente al zona, reside en una forma grave ó maligna, bajo la cual puede manifestársenos. Varias fiebres eruptivas revisten á veces caractéres que se los designa con el nombre de *malignos*, en razon de su gravedad material, ó de su gravedad semeiótica. Así es que existe, para la erisipela y el pénfigo, una forma gangrenosa; para la viruela una forma hemorrágica, etc.: lo mismo acontece con el zona. Hemos descrito ya la forma ordinaria, pero esta forma, benigna de suyo, puede ser reemplazada por otra infinitamente más seria.

El zona es una enfermedad inflamatoria. Pero si la inflamacion bajo cuya influencia se desarrollan las placas eritematosas y las vexículas es muy violenta, este exceso de inflamacion podrá determinar la gangrena de la parte del dérmis cubierta por la vexícula. Habrá en este caso, para cada vexícula, una pequeña escara grisácea que comprenderá la capa más super-

ficial del dérmis, que se desprenderá á consecuencia de un trabajo inflamatorio eliminador, y que dejará, despues de su caida, una pequeña ulceracion, siempre muy dolorosa. Esta forma *gangrenosa* del zona, está caracterizada no sólo por las lesiones cutáneas de que acabamos de hablar, sino tambien por accidentes generales graves; además supone una predisposicion funesta, un estado general malo, una constitucion deteriorada por la vejez, por los excesos, ó por una mala higiene.

Así es que una salud general degradada, las lesiones del zona agravadas, convertidas en malignas porque son gangrenosas, traen consigo por consiguiente síntomas generales graves, una fiebre con frecuencia intensa, trastornos funcionales profundos y múltiples; y al mismo tiempo, accidentes locales muy importantes, dolores agudos, exasperados por el menor contacto y que persisten un tiempo considerable, pudiendo durar meses enteros; tal es, en pocas palabras, el cortejo de lesiones y de síntomas que constituyen y que siguen al *zona gangrenoso*.

Hay tambien una forma grave de zona que no debemos pasar en silencio; tal es la forma *hemorrágica* ó *purpúrica*. Está caracterizada por una extravasacion sanguínea que se opera en todas las partes de la piel ocupadas por el zona. Así es que las placas, las superficies eritematosas sobre que están agrupadas las vexículas, en vez de ser, como en la forma ordinaria del zona, de un bello color de rosa roja, congestivo, que desaparece á la presion del dedo para reaparecer inmediatamente despues, son de un rojo pálido, violáceo, negruzco; estas no son manchas eritematosas congestivas, son manchas *hemáticas* debidas á una extravasacion sanguínea, y quedan absolutamente insensibles á la presion del dedo, que no las modifica en nada, que no las hace en manera alguna desaparecer.

Las vexículas, en lugar de estar cerradas, tensas y llenas al principio de una serosidad clara, límpida y transparente, que las hace semejar á perlas finas; en lugar de ser al poco tiempo opalinas y amarillentas, á medida que se hacen pustulosas; en

lugar de cubrirse de una costra amarilla, negruzca, gruesa y adherente, son blandas, flojas, arrugadas y como marchitas; contienen una serosidad mezclada con sangre negra, que es exhalada por la superficie del dérmis ; tambien son negruzcas; se rompen fácilmente y dejan escapar un humor sanioso ; si no se rompen, las costras de que se cubren son blandas, sin espesor, sin persistencia y de un color exclusivamente negro.

Esta forma hemorrágica del zona, va acompañada de accidentes locales intensos, de dolores muy vivos y muy persistentes, cuya duracion se prolonga en cierto modo indefinidamente, por espacio de muchos meses ; las ulceraciones del dérmis se cicatrizan difícilmente, se agrandan en vez de cerrarse ; tienen una tendencia ulcerativa muy pronunciada y se hacen confluentes ; de manera que las placas sobre que las vexículas estaban agrupadas, en lugar de estar, despues de la abertura de las vexículas y de la caida de las costras, sembradas de tantas pequeñas ulceraciones superficiales y de un color vivo y rosado como vexículas había, están cubiertas de una sola y vasta ulceracion grisácea, saniosa y de mal aspecto.

El estado general no es mejor que el local : la violencia del dolor quita el sueño y el apetito y sostiene una fiebre lenta que gasta las fuerzas del enfermo ; las vías digestivas están en mal estado, la lengua está seca, roja en sus bordes y punta ; hay dolores epigástricos y abdominales y diarrea.

Esta forma hemorrágica del zona, acompañada de accidentes locales y generales graves y persistentes, resulta de antecedentes funestos ; tiene por punto de partida una salud deteriorada, una mala higiene, excesos de todo género, privaciones, enfermedades repetidas ó un estado morboso habitual, que progresivamente ha empobrecido, desfibrinado, desglobulizado la sangre, al mismo tiempo que ha reblandecido y relajado la consistencia de la trama de los vasos y de los otros tejidos sólidos.

Hace poco hemos tenido, en nuestra sala de San Cárlos, un caso de esta forma de zona. Hé aquí la observacion recogida por mi interno M. Muzelier.

Teissédro, cochero, de 69 años, entró en nuestra clínica el 27 de Agosto de 1875, sala de San Cárlos, núm. 58. Este hombre ha gozado siempre de una salud perfecta, nunca ha sufrido enfermedad alguna. Hace unos quince años había tenido una luxacion de la articulacion tibio-tarsiana del lado derecho. Durante los dias de calor del último mes de Agosto, cometió la imprudencia de acostarse sin cubierta y de permanecer así durante toda una noche expuesto sin abrigo, al contacto del aire. A la mañana siguiente, en el momento de levantarse, sintió un dolor bastante vivo en la parte anterior del muslo derecho. Los dias siguientes, este dolor persistió y áun aumentó de intensidad. Era, por decirlo así, continuo, pero presentaba exacerbaciones nocturnas tan vivas, que el sueño y el reposo en el lecho le eran imposibles. Tuvo en la misma época una diarrea abundante. Cinco ó seis dias despues de la aparicion de los dolores, se presentaron las primeras huellas de la erupcion que exigió la entrada del enfermo en el hospital. Esta erupcion se presentó primero en la parte anterior del muslo derecho, un poco por encima de la rodilla; despues se extendió progresivamente hácia la parte superior y hácia la nalga. El enfermo permaneció cerca de quince dias en su casa en este estado, experimentando siempre los dolores internos que estaban complicados con los dolores debidos á la erupcion misma. Continuó, sin embargo, entregado á los trabajos de su profesion, pero al cabo de cuatro ó cinco dias, tuvo que renunciar á todo trabajo y permanecer en su casa. Entró en nuestra clínica el 27 de Agosto y presentaba en este momento el estado siguiente: la cara anterior del muslo y su cara externa, á partir de la rodilla y la parte media de la nalga derecha hasta cerca de la cresta iliaca, están ocupadas por una erupcion formada de diferentes grupos, de los cuales unos son antiguos y otros son de formacion reciente. Los primeros están constituidos por vexículas ya marchitas, pero reconocibles todavía por su cubierta epidérmica y por una coloracion rojo-oscura muy manifiesta. Algunas de estas vexículas forman costras igual-

mente coloreadas de rojo. Los grupos *recientes* están constituidos por *vexículas*, ó mejor por *ampollas* del volúmen medio de un guisante grueso, llenas de un líquido de color rojo, ligeramente transparente. Recientes ó antiguas, las vexículas descansan sobre un fondo rojo, que forma una especie de aureola alrededor de cada una de ellas. En los intervalos que las separan y en los que existen entre los diferentes grupos, se ven manchas purpurinas excesivamente numerosas, del diámetro de una lenteja, que presentan una coloracion roja oscura que no se borra por la presion del dedo. En ciertos puntos, estas manchas están tan aproximadas, que forman verdaderos equimosis. La erupcion presenta su máximun de confluencia al nivel del triángulo de Scarpa, que está literalmente cubierto de grupos de ampollas hasta cerca del pliegue de la ingle. Los grupos más recientes, sin embargo, se encuentran en la parte media y superior de la nalga. El último que ha aparecido, estaba cerca de la region sacra, aislado de todos los demas. Es de notar que los más antiguos, los que están formados actualmente por costrillas ó por vexículas desecadas, están situados inmediatamente por encima de la rodilla. La erupcion parece haberse efectuado de abajo arriba. En el antebrazo y en el tronco, había algunas manchas purpúricas, muy poco marcadas, y cuya duracion fué muy efímera. No había señal de hemorragia por las otras vías. El enfermo experimentaba dolores vivos que presentaban una exacerbacion nocturna evidente. Los dolores se manifestaban por instantes bajo la forma de lancetazos, que por la parte inferior no pasaban de la rodilla, pero que superiormente, se extendían por toda la region ocupada por la lesion cutánea, desde la parte interna del muslo hasta la línea media, y por detras, al nivel de la region sacra. El tratamiento consistió en aplicaciones cuotidianas de colodion ricinado. Este medio, tan eficaz en general en el zona y que calma tan bien los dolores inherentes á esta afeccion, no parecía producir en este caso, sino un resultado mediano. Los dias siguientes no se notó la aparicion de ningun nuevo brote

eruptivo. Gradualmente, las vexículas se debilitaron y pudimos asistir, durante los dias que siguieron al de la entrada del enfermo, á la desecacion primitiva de estas vexículas, á la formacion y desaparicion de las costras que las reemplazaron, así como tambien á la debilitacion gradual de su coloracion roja y de las manchas purpúricas que las rodeaban. La persistencia de los dolores, es el hecho que domina la escena y que llama incesantemente la atencion del enfermo. Continuos, con exacerbaciones nocturnas, estos dolores se calmaban un poco por el dia. Presentaban á intervalos esos accesos con punzadas que hemos señalado hace poco. El enfermo se quejaba sobre todo de los sufrimientos que experimentaba durante la noche y que le hacían casi imposible el reposo. Pareciendo indicado el sulfato de quinina, se le prescribieron 50 centigramos de este medicamento para tomar en dos veces. No produciendo alivio alguno este medio, se recurrió entónces á las inyecciones sub-cutáneas de clorhidrato de morfina. Cada dia se le practicaba al enfermo una inyeccion de diez gotas de una disolucion compuesta de: agua destilada, 10 gr.; clorhidrato de morfina 0,25, alrededor de las partes dolorosas. El enfermo no experimentó sino un alivio poco sensible. El dia 20 de Setiembre los dolores habían disminuido un poco, pero su intensidad era siempre grande durante la noche: las punzadas persistían; volvían por accesos para desaparecer durante intervalos bastante largos. A esta fecha, existían aún huellas evidentes de la erupcion cutánea. Estas huellas consistían en manchas rojizas, más ó ménos anchas, que ocupaban el lugar de los grupos de ampollas que habían desaparecido, y en cicatrices superficiales, redondeadas, poco profundas, que han sucedido á las vexículas. El miembro no parecía haber sufrido atrofia alguna; la mensuracion hecha á diferentes alturas daba los mismos resultados que en el lado opuesto. Existe una ligera hiperestesia de los tegumentos. Hácia la parte media del muslo, en la cara anterior, se encuentra, deprimiendo fuertemente los tejidos con los dedos, una especie de induracion alargada y

poco saliente, que parece formar cuerpo con los tejidos profundos. Más superficialmente se notan dos núcleos duros, situados á cierta profundidad, de forma redondeada y ligeramente dolorosos á la presion.

22 *de Setiembre.*—El enfermo puede ser considerado actualmente como entrado en vías de curacion.

Naturaleza del zona.—Despues de haber estudiado el zona relativamente á las lesiones anatómicas que le constituyen, á la disposicion y á la evolucion de sus lesiones; relativamente á sus síntomas, á sus variedades de formas y á sus complicaciones, ha llegado el momento de preguntarnos lo que es como enfermedad ó como entidad morbosa.

¿Es el zona una afeccion de causa externa, local y sin raíz en la economía?

¿Es la manifestacion de una diátesis, y de qué diátesis?

¿Es, como se ha pretendido, el síntoma de una afeccion nerviosa?

¿Es una afeccion idiopática, febril, una especie de pirexia eruptiva, un pseudo-exantema?

Tales son las cuestiones que vamos á examinar.

Ya dije en un principio que el zona no existe en virtud de una causa externa ó local; sus prodromos, su desarrollo, su asiento profundo y extendido al abrigo de la accion de los cuerpos exteriores, lo indican bastante sin que tengamos necesidad de insistir más.

No existe tampoco como síntoma de una diátesis. ¿De qué diátesis sería, pues, expresion?

¿*Será de la diátesis sifilítica?* No, porque el zona existe casi siempre en estado agudo, doloroso, inflamatorio y pasajero; y las dermatosis sifilíticas tienen, al contrario, por caractéres, el ser indolentes, sin sello flegmásico y crónicas en su desarrollo. Si el zona fuese sifilítico, no podría ser una *sifílide precoz*, porque está limitado á una sola region del cuerpo, donde se presenta con una configuracion claramente circunscrita, miéntras que las sifílides precoces, por el contrario, tie-

nen por carácter principal ser diseminadas sin órden por toda la superficie del cuerpo. No podría ser una sifílide tardía ó en grupo; es verdad que sus lesiones están limitadas y agrupadas como las lesiones cutáneas sifilíticas tardías, pero aquéllas no tienen nada de comun con estas lesiones en cuanto á su duracion, á su aspecto, á su coloracion, á sus ulceraciones y á sus costras. *El zona, pues, no es sifilítico.*

¿Será herpético? No, porque los caractéres de las lesiones cutáneas herpéticas son: 1.° La disposicion simétrica; pues el zona no se presenta jamás sino en un solo lado del cuerpo. 2.° La cronicidad; pues que el zona afecta la forma aguda. 3.° La recidividad; puesto que el zona no está sujeto á recidivas; una vez curado no reaparece. *El zona no es, pues, herpético.*

¿Será artrítico? M. Bazin había sostenido esta opinion en su primera edicion, pero la ha abandonado; hé aquí textualmente las razones que de esto da su discípulo M. Baudot:

«Hemos dicho que M. Bazin había descrito en su primera edicion un zona idiopático y un zona artrítico ó herpético; pero en la segunda edicion describe solamente un zona idiopático, no porque negase á esta afeccion toda relacion con la artritis ó el herpétis, sino porque frecuentemente son difíciles de reconocer los caractéres distintivos, y porque además, curando siempre el zona espontáneamente, la distincion entre el zona idiopático y el artrítico ó herpético es inútil.»

Tal es la última manera de ver de M. Bazin sobre la naturaleza del zona, traducida, lo repetimos, por la pluma de nuestro apreciable colega M. Baudot, su discípulo.

Así, pues, hacemos nuestra la opinion de M. Bazin, respecto á que no hay caractéres distintivos entre el zona *artrítico* y el *idiopático*, y que además el zona *cura siempre espontáneamente.*

No es este el lugar de abordar á fondo la gran cuestion de la artritis, que, por lo demas, ha sido tratada victoriosamente por M. Hardy; pero no podemos ménos de decir de paso que,

la ausencia, la negacion de los caractéres artríticos, reconocidas y confesadas por el mismo M. Bazin para el zona, nos hace esperar el verle reconocer y confesar tambien en un tiempo no muy lejano, para otras afecciones cutáneas agregadas por él á la artrítis, que éstas tampoco tienen nada absolutamente de comun con esta diátesis. Así es que, por ejemplo, esperamos que M. Bazin declarará, en una tercera edicion, *que no hay sicósis artrítico*, porque el sicósis descrito por él en su primera y segunda edicion como artrítico, no presenta nada por lo que pueda distinguirse del sicósis de causa externa: cura completamente, como el sicósis de causa externa, sin tratamiento alguno alcalino. Esperamos tambien verle hacer la misma retractacion para el eczema nummular, para el psoriasis nummular y escarlatiniforme, para el acné barroso y para el hidroa vexiculoso, afecciones en las cuales es imposible demostrar toda ingerencia artrítica, y las cuales vemos curar todos los dias sin la menor intervencion de la medicacion alcalina propuesta por M. Bazin como el específico de la artrítis. ¿Cómo, pues, puede justificarse la naturaleza artrítica de estas afecciones, cuando su descripcion, para ser completa, no necesita pedir nada á los caractéres de la artrítis, y cuando curan sin la intervencion de la medicacion específica de la artrítis?

..... Pero volvamos al zona y digamos con M. Bazin que no procede de ninguna causa artrítica ó herpética apreciable.

¿Será el zona la consecuencia *de una neuralgia*, *de un traumatismo*, *de una inflamacion*, *de una lesion cualquiera de los nervios de la region donde se presenta?*

Se ha sostenido esta opinion y se apoya en dos consideraciones diferentes: en el asiento del zona correspondiente á los gruesos troncos nerviosos, y en el carácter doloroso que reviste.

En cuanto á su asiento, el zona no corresponde tan exactamente, como se ha dicho, á los nervios de que dependería la lesion; no sigue siempre su trayecto; comienza con frecuencia en una region para terminarse en otra; su orígen es algunas

veces el tronco y su terminacion un miembro: su direccion es frecuentemente distinta á la de los nervios sobre que ha comenzado; así es que si en el tronco parece acompañar al principio uno ó dos nervios intercostales, no tarda en separarse de ellos para seguir una marcha diferente y para alejarse con frecuencia mucho. Luego el argumento sacado del asiento del zona no prueba nada en cuanto á su dependencia de una lesion, ó de una neuralgia inherente á tal ó cual nervio.

El carácter doloroso del zona no prueba tampoco que esté ligada á una neuralgia ó á un estado patológico cualquiera de tal ó cual nervio.

Es cierto que ocurre á veces que la aparicion del zona va precedida de dolores neurálgicos, pero éstos no son constantes, faltan con frecuencia; no es raro ver desarrollarse un zona sin que haya habido prodromos dolorosos. Y por otra parte, ¿no se ven tambien neuralgias sin zona consecutivo? El zona, aunque bastante frecuente, ¿no es una afeccion rara comparativamente á las neuralgias que vemos existir en todas las regiones del cuerpo y revestir todas las formas y todos los tipos? Las neuralgias más tenaces, las más antiguas y las más dolorosas, ¿no están exentas de toda complicacion de zona?

De estas consideraciones podemos concluir que el zona no existe como síntoma de una neuralgia inherente al nervio, en la proximidad del cual se ha desarrollado. Sin duda alguna el fenómeno *dolor* es uno de los caractéres más constantes del zona, puesto que lo comprobamos con frecuencia desde el período prodrómico y que lo encontramos tambien á menudo despues de la desaparicion del zona, durante un tiempo que puede ser muy largo. ¿Pero por qué buscar el asiento, el punto de partida del dolor en un nervio cuya inflamacion ó estado neuropático obrase sobre la piel de manera que determinase en ella una erupcion de zona? ¿Por qué no admitir que el dolor es inherente al zona mismo, que es, en casi todos los casos, su precursor, su compañero y su sucesor? ¿Es el zona la única

afeccion dolorosa de la piel? El mismo fenómeno *dolor* ¿no existe tambien en alto grado y con una intensidad casi tan grande, aunque sea bajo otra forma, en el *prurigo formicans*, en el *liquen agudo* y *crónico*, en la *urticaria* y en el *eczema rubrum*? Todas estas diferentes enfermedades no cuentan el dolor en el cortejo de sus atributos? Pues lo mismo acontece con el zona. El zona no es, pues, ni una afeccion de causa local ó externa, ni un síntoma de la artrítis ó del herpetismo, ni un estado morboso desarrollado en un nervio del cual seguiría la direccion.

Nosotros veremos en el zona, á ejemplo de M. Bazin, *una afeccion idiopática de causa interna*, *una enfermedad esencial*, *una pirexia*, *una verdadera fiebre eruptiva*, *un pseudo-exantema*. Diremos, pues, que hay una fiebre de zona como hay una fiebre ectimatosa, escarlatinosa, sarampiónica, variolosa, impetiginosa, etc.

En efecto, encontramos en el zona todos los caractéres de una fiebre eruptiva: así es que comprobamos primero los *prodromos*, un estado general malo, inapetencia, trastornos funcionales, quebrantamiento de fuerzas y fiebre; despues se verifica la erupcion, las placas eritematosas se presentan y las vexículas se producen y se agrupan. Si la erupcion no se produce simultáneamente, en un solo brote, ó por lo ménos la sucesion de los diversos grupos tiene lugar tan rápidamente que la duracion del conjunto no pasa de dos á tres setenarios, en los diversos períodos de su evolucion conserva siempre la afeccion su carácter agudo. Cuando la erupcion ha tenido lugar, la intensidad de la fiebre y de los accidentes prodrómicos disminuye; la erupcion ha producido una verdadera detencion en los síntomas generales en el zona, como en el sarampion, en la viruela y en la escarlatina; y en el zona, como en estas afecciones, la disminucion de la fiebre es progresiva, á medida que la erupcion marcha á su declinacion. Por último, en el zona, como en las otras fiebres eruptivas, hay una forma ordinaria, habitual ó benigna y una forma grave ó maligna. He-

mos visto, en efecto, que hay un zona negro, hemorrágico ó purpúrico y un zona gangrenoso, del mismo modo que hay una escarlatina gangrenosa, una erisipela gangrenosa, una viruela negra ó hemorrágica.

Diagnóstico del zona.—No presenta dificultad alguna; ninguna otra afeccion podría ser confundida con él; tiene rasgos tan característicos, que no se parece sino á sí mismo. ¿Cuál es, en efecto, la afeccion que se traduce por vexículas persistentes, agrupadas sobre placas eritematosas, las cuales, claramente separadas unas de otras, están dispuestas de manera que constituyen por su conjunto medio cinturon que abraza media circunferencia de la region del cuerpo, del tronco ó de los miembros, sobre que están desarrolladas? No hay, pues, ninguna, luégo el diagnóstico nunca será difícil.

Pronóstico del zona.—En sí mismo el zona no nos hará formar un pronóstico funesto. Es una afeccion benigna que recorre sus períodos en el espacio de dos á tres setenarios y que generalmente no entraña ningun peligro. Sin embargo, es necesario no olvidar que el zona puede revestir una forma gangrenosa y una forma hemorrágica, y que en una y otra de estas dos formas, que pueden existir separadamente ó encontrarse reunidas, los accidentes generales y locales se presentan con una gravedad mucho más pronunciada; el pronóstico deberá ser, pues, más grave en estas dos formas, sin que haya, sin embargo, un peligro para la vida. Es necesario no olvidar tampoco que áun en la forma benigna, el zona puede estar complicado de dolores sumamente vivos, tenaces y persistentes, cuya duracion es con frecuencia considerable, de un mes y áun de dos, á pesar de los tratamientos más enérgicos; la intensidad de estos dolores, que condenando á los enfermos á un reposo absoluto, quitándoles el apetito y el sueño, debe necesariamente agravar el pronóstico, por lo que debemos tener siempre en cuenta esta complicacion, pues es muy importante.

Tratamiento del zona.—Debe deducirse de la apreciacion de

su naturaleza, de sus lesiones materiales y de los peligros ó complicaciones que pueden acarrear estas lesiones.

Hemos dicho que el zona es siempre una afeccion de causa interna, es una fiebre eruptiva, como la viruela, el sarampion, la escarlatina y la erisipela; por consiguiente, va siempre precedida y acompañada de trastornos generales, de desórdenes funcionales que ofrecen indicaciones terapéuticas. Así es que, contra la fiebre, contra el estado saburral de las vías digestivas, se prescribirá el reposo en el lecho; un vomitivo al principio, el cual, por la congestion que determina hácia la piel, hará más fácil y más rápido el desarrollo de la erupcion; más tarde, hácia el quinto ó sexto dia de la erupcion, cuando las vexículas están en su período de declinacion, en el momento en que se marchitan y se cubren de costras, uno ó dos purgantes salinos están indicados para provocar una revulsion saludable en el tubo intestinal y para desembarazar las vías digestivas que están, por lo comun, en un estado bilioso muy pronunciado. Una ó dos limonadas purgantes, una ó dos dósis de agua de Birmenstorff ó de Pullna ó de Sedlitz, tomadas por la mañana, con uno ó dos dias de intervalo, contribuirán poderosamente á limpiar la lengua y á volver el apetito. En el período prodrómico y al principio del período eruptivo, las infusiones calientes, las bebidas diaforéticas facilitarán el desarrollo de la erupcion, y por consiguiente, proporcionarán un alivio en los accidentes generales; más tarde, en el período de declinacion de la erupcion, prescribireis las tisanas acídulas y amargas, cuya accion estimulante y depurativa se hará sentir útilmente sobre los órganos digestivos, despertando su accion y desembarazándolos de las saburras incompatibles con el apetito.—Tal deberá ser el tratamiento *interno del zona*.

Hay, señores, diversas afecciones cutáneas, contra las cuales no debereis emplear ningun tratamiento externo ó local; y esto por dos razones ó en dos casos diferentes. Primero, en el caso en que estas afecciones estén representadas por lesiones cutáneas, cuya naturaleza no suministre á la terapéutica indicacion

alguna que llenar: segundo, en el caso en que estas mismas afecciones existan en virtud de una causa diatésica ó de desórdenes internos. Cuando una afeccion cutánea se presente con estas dos condiciones, no es á ella á quien hay que atacar directamente, puesto que por sí misma, por su constitucion anatómica, no exige tratamiento alguno; es necesario dirigir todo el esfuerzo terapéutico contra la causa productora, contra la raíz del mal.

Esto es lo que acontece en ciertos exantemas que están bajo la dependencia de desórdenes gastro-intestinales, que existen como consecuencia de trastornos más ó ménos profundos, más ó ménos accidentales, sobrevenidos en el sistema digestivo; como, por ejemplo, en la urticaria aguda ó crónica y en el eritema papuloso. El principio del mal está en el estómago y en el intestino, fatigados, perturbados ó irritados; á estos es á los que hay que combatir por los medios apropiados á la naturaleza de los trastornos producidos; no hay otra cosa que hacer, porque las lesiones exantemáticas de la piel no reclaman tratamiento alguno.

Lo mismo acontece tambien con ciertas sifílides; como en la roseola sifilítica, en la sifílide papulosa, en la escamosa, en la tuberculosa y en la circinada. En todas estas afecciones la lesion cutánea no suministra indicacion alguna que llenar, es necesario ocuparse tan sólo de la diátesis; esforzaos en destruir, por una medicacion alterante, el principio diatésico, y vereis borrarse progresivamente las lesiones que lo traducian, que eran su síntoma:

Sublata causa, tollitur effectus.

Este gran principio de terapéutica no podrá aplicarse al zona. Debereis instituir, sin duda, para combatirla, una medicacion interna, puesto que, como ya hemos dicho, depende de una fiebre, es decir, de una perturbacion general que tendreis que calmar, y de la cual debereis corregir los efectos, pero no es esto todo. Las lesiones que constituyen el zona son

bastante graves por sí mismas, por sus consecuencias ó complicaciones posibles, para que encontreis en ellas indicaciones terapéuticas, cuya importancia no se os ocultará y que debeis procurar siempre llenar.

¿Cuáles son, pues, las lesiones? ¿Cuáles las complicaciones que hay que temer? ¿Y cuáles las indicaciones terapéuticas que de unas y otras se desprenden?

Las lesiones son las vexículas desarrolladas sobre un dérmis eritematoso, inflamado; y cuando estas vexículas se han abierto dejan al descubierto la porcion de dérmis denudado de epitelio que ellas cubrían.

Las complicaciones que hay que temer son los dolores neurálgicos, tan agudos, tan intensos, tan tenaces, de que ya hemos hablado, dolores que es necesario guardarse bien de provocar, por una irritacion que podría ser su causa determinante; es necesario, pues, cuidar el dérmis enfermo con el mayor cuidado, es preciso evitar que sus partes denudadas estén expuestas al contacto, siempre irritante, del aire exterior; es necesario, pues, hacer de manera que las vexículas se conserven el mayor tiempo posible, á fin de que queden, por la hoja epidérmica que las constituye, como un órgano protector para el dérmis subyacente.

De esta necesidad de conservar las vexículas en toda su integridad, resulta que debereis ponerlas al abrigo de todo aquello que pudiera atacarlas; prohibireis que los enfermos se rasquen, impedireis las fricciones, los contactos muy duros, las curas susceptibles de desgarrarlas, los baños y las cataplasmas que, reblandeciéndolas, harían caer la hoja epidérmica de que están formadas y dejarían el dérmis al descubierto. Esta indicacion ha sido perfectamente comprendida por los autores; así es que los vemos recomendar como tratamiento externo en el zona la aplicacion de polvos secantes, inertes, aisladores y absorbentes, destinados á cubrir las partes enfermas, á hacer las veces de la lámina epidérmica que haya podido ser levantada y á garantir el dérmis inflamado contra

toda causa de irritacion exterior. Tan es así, que se recomienda el uso de los polvos de almidon, de licopodio y de madera vieja.

Pero estos tópicos son tan groseros como incómodos é insuficientes, lo cual se comprende sin que sea necesario demostrarlo; no llenan sino muy imperfectamente el objeto para que se emplean, causando á los enfermos numerosos inconvenientes.

Por estas razones los hemos reemplazado ventajosamente, desde hace unos diez años, por otro medio, del cual creemos haber tenido la primera idea y el cual no cesamos de recomendar en nuestros cursos y en nuestras diversas publicaciones cada vez que se presenta ocasion. Este medio es el siguiente:

Hacemos untar dos ó tres veces por dia las partes enfermas con colodion ricinado elástico. Se empapa un pincel con este licor, y se pasa por todas las superficies enfermas sobre todos los grupos de vexículas y en todos sentidos. Cada nueva untura se hace por encima de la anterior, la cual se tiene cuidado de no tocar, procurando que no se desprenda, sino, por el contrario, que se fortifique la capa solidificada, cubriéndola de una nueva capa, que se solidifica á su vez, espesándose y fortificando las capas precedentemente puestas.

Veamos cómo es preciso comprender, en este caso, la accion del colodion ricinado elástico. Este líquido tiene un triple modo de obrar:

1.° Por sus propiedades anestésicas, obra como un calmante local; es una sustancia refrescante, refrigerante y calmante, que se la extiende sobre superficies inflamadas y dolorosas.

2.° El colodion ricinado elástico se adhiere fuertemente á las partes con que se pone en contacto, y sobre las cuales forma una capa espesa y uniforme; luégo, evaporándose, perdiendo toda su parte líquida, convirtiéndose en un cuerpo sólido, se encuentra reducido de volúmen, forzado de volver sobre sí mismo, y, por consiguiente, de ocupar una superficie

ménos extensa; resulta de esto una compresion uniforme y constante para todas las partes que cubre; y como estas partes son asiento de una congestion, de una turgencia activa é inflamatoria, esta compresion favorece la resolucion. El colodion ricinado elástico tiene, pues, por segundo modo de obrar, ser el agente de una compresion eminentemente resolutiva.

3.° No sólo el colodion anestesia las partes enfermas por su composicion química; no sólo las comprime por el poder retráctil que adquiere, solidificándose, sino tambien porque las cubre de una capa espesa y sólida, de una especie de fieltro impermeable, porque las aisla y las pone al abrigo de toda violencia, de todo contacto exterior, de toda vicisitud de temperatura, de la accion del aire, de la adherencia de las piezas de las curas, de los vestidos, de las ropas del lecho, y en una palabra, de todo lo que obra de una manera perjudicial sobre las superficies inflamadas y escoriadas.

Tales son los tres modos de obrar del colodion ricinado elástico en el tratamiento del zona. Ya veis que este tratamiento es muy sencillo, muy racional y muy eficaz; por él proporcionareis á los enfermos un alivio casi inmediato, y podreis tambien librarles casi con seguridad de los dolores neurálgicos tan intensos y tan tenaces, que son la complicacion más temible y más frecuente del zona. Desde que empleamos este medio, en un gran número de casos que tratamos cada año, tan sólo una vez hemos visto producirse los dolores neurálgicos, y esto con muy poca intensidad. No sabremos recomendaros nunca lo bastante este tratamiento, cuyo uso, por otra parte, comienza á vulgarizarse.

Aunque el zona no sea, como ya hemos dicho, sino una simple variedad del herpes, le hemos tratado con todos los detalles y con todo el desarrollo que merece, y como una afeccion *sui generis*, en razon á su frecuencia, del interes que presenta y de los accidentes graves de que va con frecuencia acompañado.

Volvamos ahora á la historia general del herpes.

LECCION VEINTICINCO.

Herpes.

(Conclusion.)

VARIEDADES DEL HERPES SEGUN SU NATURALEZA.

Hasta aquí hemos estudiado al herpes relativamente á las lesiones anatómicas quē le constituyen, consideradas en sí mismas primero, y despues en su evolucion, en su duracion y en sus síntomas subjetivos. Despues lo hemos considerado con relacion á sus variedades de asiento, de formas, de aspecto y de configuracion. Le conocemos, pues, bajo el punto de vista material; sabemos qué modificaciones, qué alteraciones produce en el estado fisiológico de la piel y de las mucosas, pero no sabemos todavía lo que es como enfermedad, cuál es su valor, cuál su significacion como entidad morbosa. Ha llegado el momento de estudiarlo bajo este punto de vista.

El herpes, considerado como enfermedad, se nos presenta bajo cinco aspectos diferentes. Ya es el resultado de una causa del todo local, causa exterior y del todo independiente de la constitucion, de la salud general ó de un trastorno cualquiera ocurrido en el estado fisiológico del enfermo: *este es el herpes de causa externa.*

Ya, por el contrario, procede directa, esencialmente de un

desórden sobrevenido en la salud, de una fiebre independiente de toda lesion orgánica, y que acarrea, como resultado, la erupcion herpética: *este es el herpes idiopático de causa interna; esta es la fiebre herpética.*

Otras veces el herpes aparece en la declinacion de una enfermedad que ha sido más ó ménos larga y más ó ménos grave; esta enfermedad persistía con intensidad, resistía á los esfuerzos de la terapéutica, nada anunciaba que debiese terminar pronto, se mantenía en su período de estado, cuando sobreviene una erupcion herpética, y á partir de este momento la enfermedad entra en su período de declinacion; el herpes ha sido una verdadera crísis saludable que la ha juzgado, que ha señalado su terminacion feliz: *este es el herpes crítico.*

En ciertas ocasiones vereis al herpes revestir la forma crónica; no ser precedido ni acompañado de trastorno alguno general; proceder por brotes sucesivos, produciéndose unos despues de otros, á intervalos más ó ménos prolongados, y entónces tener una duracion muy larga y estar ligado visiblemente á una causa interna diatésica: *este es el herpes herpético dartroso;* en otros términos: *sintomático de un estado herpético.*

Bajo esta misma forma crónica, pero continua, persistente no sucesiva en sus manifestaciones, el herpes será el síntoma de la sífilis y constituirá la *sifílide herpetiforme* ó el *herpes sifilítico.*

Por último, el herpes en una de estas dos formas circinadas, será producido y sostenido por un parásito vegetal, hongo microscópico llamado tricófiton; este será entónces el *herpes parasitario.*

Así, pues, el herpes puede ser: 1.°, *de causa externa;* 2.°, *idiopático de causa interna y constituir una verdadera fiebre eruptiva*; 3.°, resultado de una crísis saludable, operada por la naturaleza para terminar una enfermedad persistente: *este es el herpes crítico*; 4.°, síntoma de las diátesis *sifilítica* y *herpética*, y 5.°, *parasitario.* Indicaremos los caractéres dis-

tintivos y los rasgos principales de cada una de estas especies de herpes, ó en otros términos, del herpes en cada una de sus cinco naturalezas.

Herpes de causa externa.—Es el resultado de una irritacion local provocada en la piel ó en una mucosa por una causa exterior. Las causas externas que pueden producir una erupcion herpética son numerosas y variadas. Así es que el contacto con la piel ó con una mucosa de un insecto venenoso, de una oruga ó de una araña; el contacto con los labios de un cuerpo ó de un vaso sucio, por ejemplo; el besar en los labios á una persona cuya boca esté mal cuidada y de aliento fétido; el coito con una mujer leucorréica ó en la época menstrual; la presencia de materias sebáceas concretadas entre el glande y el prepucio; la negligencia en los cuidados higiénicos de la vulva, principalmente en las mujeres adiposas, etc.; son las principales causas que pueden determinar el herpes de causa externa.

El asiento más habitual del herpes de causa externa es la boca, los labios bucales y, sobre todo, el labio inferior *(herpes labialis)*. El herpes labialis está constituido con frecuencia por un grupo redondeado, poco extenso, de la dimension de una moneda de media peseta ó de una peseta; este grupo único ocupa á la vez la mucosa labial y la piel; y á veces la piel tan sólo, al nivel y por debajo de la comisura labial. Es muy raro que el herpes invada el labio superior, donde puede haber sido producido por la accion irritante del líquido procedente de las fosas nasales; más raramente aún ocupa el surco naso-labial *(herpes nasalis)*. La duracion del herpes labialis es casi de ocho dias, y en su evolucion se puede seguir perfectamente el desarrollo de sus períodos eritematoso, vexiculoso y costroso, que no son alterados por disposicion alguna anatómica. El herpes labialis es poco doloroso; ocasiona tension, calor y un poco de comezon, de molestia más bien que dolor; se termina por una costra gruesa, amarilla, negruzca, que al caer no deja cicatriz alguna.

Despues de la boca se encuentra más frecuentemente el herpes de causa externa en las partes genitales. En el hombre existe en la cara interna del prepucio *(herpes preputialis)*; es el resultado de la falta de cuidados, de limpieza y del acúmulo de materias sebáceas que, no siendo quitadas por las lociones, permanecen entre el glande y el prepucio, donde se concretan y constituyen por su presencia una causa de irritacion que se traduce por el herpes.

En la mujer, el herpes de las partes genitales, de causa externa, es áun más comun que en el hombre (*herpes vulvaris*); es la consecuencia de la falta de aseo, de la estancacion sobre estas partes finas, delicadas y sensibles, de líquidos de naturalezas diversas, que se vuelven acres é irritantes cuando permanecen un tiempo algo prolongado sobre superficies mucosas ó cutáneas siempre en contacto consigo mismas. Como hemos dicho ántes, el herpes de las partes genitales, en los dos sexos, en razon de la disposicion de estas partes, de la excesiva tenuidad de su hoja epitelial, de su oposicion recíproca y del frotamiento que ejercen unas con otras, el herpes, decimos, en estas regiones, no se presenta apénas, sino en el estado ulceroso, es decir, bajo la forma de pequeñas ulceraciones superficiales, sin profundidad, de bordes biselados é irregulares. La duracion de estas ulceraciones herpéticas, cuando son convenientemente tratadas, es sólo de algunos dias, cuatro, cinco ó seis.

Herpes de causa interna; herpes idiopático; fiebre herpética; herpes pseudo-exantemático.—Acabamos de ver que el herpes, en una de sus especies, es el resultado de una causa externa y dependiente de una irritacion más ó ménos inflamatoria ejercida en la piel ó en una mucosa. Aquí la enfermedad procede del exterior; no tiene raíz alguna en la salud general ó en un trastorno interior cualquiera. Vamos á ver ahora que otra naturaleza ó especie del herpes procede, por el contrario, de un trastorno pasajero sobrevenido en la economía, de un estado febril que precede á su aparicion, disminuye en el momento

de su eflorescencia y se extingue progresivamente á medida que la erupcion herpética declina y desaparece. Hay aquí evidentemente una relacion de causa á efecto, una conexidad incontestable entre esta fiebre, entre este trastorno general y esta erupcion; hay aquí lo mismo que se observa en el sarampion, en la escarlatina, en la viruela...; hay aquí una verdadera fiebre eruptiva en forma de herpes, ó en otros términos, un herpes idiopático de causa interna.

La fiebre herpética está caracterizada por tres variedades del género herpes: 1.°, por la variedad llamada *zona*, de la cual hemos hablado lo bastante para no volver á tratar de ella; 2.°, por la variedad descrita con el nombre de *herpes flictenoides diseminado*, la cual no es otra cosa que el herpes prepucialis, labialis y vulvaris, manifestándose en varios grupos é invadiendo en una extensa superficie las regiones que rodean la boca ó los órganos genitales; 3.°, por la variedad llamada *herpes circinado*.

La variedad descrita con el nombre de *herpes flictenoides* no es otra que el herpes tipo, el herpes con todos los caractéres patognomónicos del género. Por consiguiente, no es una variedad, no es más que un exceso de division establecida en el género herpes y que es necesario borrar para no embarazar la memoria y no multiplicar inútilmente las dificultades. Diremos solamente, á propósito del herpes flictenoides, que la fiebre herpética está á veces caracterizada por varios grupos de vexículas herpéticas voluminosas, repartidas sin órden sobre los labios bucales, los carrillos ó en las partes contiguas á la zona genital, en uno y otro sexo.

Diremos tambien que la fiebre herpética está manifestada por la variedad de herpes descrita por Bateman con el nombre de *herpes íris*, si es que colocamos esta afeccion en el género herpes. Pero creemos que no debe incluirse en él. En este asunto somos de la opinion de M. Bazin, y pensamos como él que el herpes íris de Bateman no puede formar parte del género herpes y que debe designarse con el nombre de *hidroa*

vexiculoso. En efecto, hay en el herpes íris una vexícula, pero esta vexícula es tan poco aparente que M. Hardy la niega y no quiere ver en esta afeccion ningun elemento húmedo, por lo que la designa con el nombre de *eritema polimorfo*. La vexícula del herpes íris es poco aparente, es única, aislada y no forma parte de ningun grupo; no es costrosa, ó por lo ménos no tiene sino una apariencia de costra; no tiene, pues, nada absolutamente que recuerde los caractéres del herpes; así, pues, á ejemplo de M. Bazin, borramos la denominacion de herpes íris que Bateman había querido consagrar, y la reemplazamos por la de *hidroa vexiculoso*, que no es un herpes, y por consiguiente, no debemos tratar de él aquí.

No sucede lo mismo con la variedad de herpes llamada *herpes circinado*, en razon de la disposicion circular, ó en círculo, que afectan las lesiones que lo representan. El herpes circinado ocupa el tronco, principalmente la parte anterior del pecho y el cuello, rara vez la cara. Va ordinariamente precedido de algunos accidentes prodrómicos, ligero malestar, fiebre poco intensa, quebrantamiento de fuerzas, anorexia y sensacion de calor, de tension y de comezon en los puntos que van á ser invadidos; pero estos síntomas son ligeros y desaparecen tan pronto como se verifica la erupcion.

«El herpes circinado, dice M. Bazin, consiste, en su período de estado, en una serie de círculos más ó ménos extensos: unos son del tamaño de una moneda de 5 pesetas, y son perfectamente circulares; otros son más extensos y más ó ménos irregulares; varios círculos próximos se confunden por su circunferencia, pero sus contornos son siempre claramente circulares; otros son más pequeños y no pasan del tamaño de una peseta. La mayor parte de estos círculos, en su período de estado, están constituidos de fuera á dentro por una primera zona roja en su base y coronada en su vértice por vexículas pequeñas del grosor de la cabeza de un alfiler y que persisten de veinticuatro á cuarenta y ocho horas; más adentro se ve una segunda zona más ancha que la primera, de una colora-

cion blanquecina y sobre la cual no se encuentra sino una descamacion gris claro, en laminillas bastante finas, indicio de vexículas que han existido, y por último, el centro del círculo está completamente sano y ofrece la coloracion normal de la piel. Si el círculo es poco extenso ó si la placa está formada por la union de círculos que se cortan mutuamente, su parte central no queda sana, se cubre de una descamacion blanquecina y uniforme que proviene de la transformacion de vexículas anteriores. Estas diferentes placas son asiento de una comezon poco viva ó de ligeras punzadas que tienen lugar particularmente con el calor del lecho. La humedad es nula, el líquido de las vexículas se absorbe en parte y se transforma en escamas ligeras.

»Este estado persiste cerca de un setenario, durante el cual tienden á formarse nuevas vexículas sobre la aureola roja excéntrica de las placas. Al cabo de este tiempo desaparece poco á poco toda huella de vexícula, y bien pronto no se encuentra más que ligeras escamas grisáceas que reposan sobre una superficie eritematosa que palidece igualmente cada vez más.

»Posteriormente, las escamas se caen, el enrojecimiento se borra completamente y la piel vuelve á tomar poco á poco su coloracion normal; pero esta terminacion no tiene lugar sino muy lentamente al fin del tercer setenario y á veces áun más tarde.»

Tal es la descripcion exactísima de esta variedad tan rara del herpes, dada por M. Bazin. Nosotros vemos en esta variedad, lo mismo que en el zona, que en la variedad descrita con el nombre de herpes flictenoide diseminado, una fiebre esencial, una pirexia en forma de herpes. M. Bazin, padre de la artrítis, ve en ella una manifestacion de la diátesis artrítica.

Nosotros no podemos participar de esta opinion. En efecto, ¿á qué obstinarse en hacer intervenir una causa diatésica cuando todo se explica tan fácil y tan claramente, sin esta pretendida diátesis? Cuando todos los caractéres generales y locales de una fiebre eruptiva esencial, mejor dicho, de un herpes

idiopático de causa interna, están tan bien trazados, tan manifiestamente marcados, ¿á qué hacer intervenir un principio artrítico que nada justifica? ¡Y ved cuán poco convencido parece el mismo M. Bazin de la naturaleza artrítica del herpes circinado! Ved, en efecto, lo que dice del tratamiento de esta variedad de herpes:

«Es necesario limitarse, como tratamiento local, á espolvorear las partes enfermas con polvos de almidon. Hasta la declinacion de la afeccion no se podrá hacer tomar baños almidonados ó ligeramente alcalinos, que acelerarán la resolucion. *Como tratamiento general, bastará recurrir á algunos ligeros purgantes y á algunas bebidas acídulas o ligeramente diuréticas.*»

Ved, pues, una afeccion que M. Bazin nos presenta como una *artrítide* y en la cual no encontramos un solo carácter que no se aplique exactamente á una fiebre eruptiva. Además, cuando se trata del tratamiento, M. Bazin no prescribe más sino lo que nosotros mismos prescribimos. ¿Cuál es, pues, esta diátesis que no tiene caractéres patognomónicos ni tratamiento específico? Ya M. Bazin se ha visto obligado á ceder á la evidencia y declarar que el zona y el herpes flictenoide no tienen nada de comun con la artrítis; nosotros esperamos de él, ahora, la misma declaracion para el herpes circinado.

Concluyamos diciendo que hay una fiebre herpética caracterizada por tres variedades del género herpes: *por el zona, por el herpes circinado y por el herpes flictenoide diseminado.*

Herpes crítico.—Si el herpes, como acabamos de ver, constituye por sí solo, en ciertos casos, toda la enfermedad, del mismo modo que el eritema, la erisipela, la urticaria, el sarampion, la escarlatina, etc., vereis que, en otros casos, el herpes sobreviene en el curso de otra enfermedad, y que á partir del momento de su aparicion, esta enfermedad entra francamente en un período de declinacion, y marcha á una rápida curacion. Hay pues, aquí, uno de los fenómenos descritos y considerados con razon por los antiguos como una crísis sa-

ludable provocada por la naturaleza, para acelerar y favorecer la terminacion de una enfermedad más ó ménos grave y refractaria hasta entónces. Así es que, por ejemplo, vereis aparecer una ó dos placas de herpes en la declinacion de la fiebre tifoidea, de accidentes gastro-intestinales ó encefálicos, rebeldes hasta aquel momento. La aparicion de estas placas será la señal de una mejoría que aún no se había manifestado; vereis llegar la curacion á grandes pasos y tambien estareis autorizados para considerar esta erupcion herpética como una crísis saludable y declarareis que si hay un herpes de *causa externa*, que si hay un herpes de *causa interna idiopática*, hay tambien un herpes que podreis llamar *crítico*.

Herpes sintomático.—El herpes no afecta siempre la forma aguda; reviste tambien la forma crónica; no sólo lo vereis con todos los caractéres de la cronicidad, sino que tambien comprobareis que, en su marcha crónica, reviste tres formas diferentes, cada una de las cuales expresa un estado diferente de la economía. En efecto: ya lo vereis, en una evolucion lenta, crónica y con una duracion indeterminada, proceder por brotes sucesivos, produciéndose á intervalos más ó ménos separados unos de otros: este es el herpes *sucesivo* y *crónico*, expresion del herpetismo; ya lo encontrareis teniendo en su cronicidad una existencia continua, permanente, no interrumpida: este es el *herpes sifilítico*. Otras veces, en fin, lo vereis afectar una disposicion circular, análoga á la que le hemos visto tomar en la forma que hemos descrito con el nombre de herpes circinado idiopático. En esta primera forma hemos dicho que se presentaba con todos los atributos de una afeccion aguda, inflamatoria, esencial. En la segunda forma circinada, por el contrario, lo encontraremos con caractéres bien distintos, pues que habrá tomado la forma crónica; será el herpes *circinado parasitario*, sintomático de la existencia del tricófiton.

Digamos algunas palabras sobre cada una de estas tres formas de herpes crónico, tan diferentes por su aspecto, por sus caractéres exteriores y por su naturaleza.

Herpes herpético ó dartroso.—Afecta la forma crónica; no va precedido de ningun trastorno general, de ningun accidente prodrómico; está caracterizado por brotes que se producen sucesivamente, los cuales á veces se usurpan, permítasenos la expresion, unos á otros; el uno está próximo á terminar y el otro en su período de invasion; el primero termina cuando el segundo comienza; hay, pues, una especie de continuidad en la afeccion que, por lo tanto, estando permanente y continua, queda *sucesiva* en su evolucion.

Otras veces, por el contrario, los brotes se producen á intervalos más ó ménos alejados; están separados unos de otros por varias semanas y áun varios meses; los enfermos se creen curados, cuando una nueva erupcion viene á desilusionarlos; la enfermedad puede durar así hasta años.

Hemos dicho que en esta forma no hay ningun trastorno general; solamente hay al nivel de las manifestaciones herpéticas algunas picazones, algunas comezones, y esto es todo.

El herpes crónico y sucesivo se encuentra situado alrededor de la boca, sobre los labios, pero su asiento más habitual es la region genital; en el hombre, la cara interna del prepucio; en la mujer, la vulva y los pliegues genito-crurales. M. Doyon lo ha descrito con el nombre de *herpes recidivante de las partes genitales.*

Para M. Bazin, esta forma de herpes es sintomática de la artritis. Reparad, señores, que al principio de los trabajos de M. Bazin pagaba el herpes un gran tributo al artritismo; el herpes era artrítico en su forma *flictenoide diseminada* y en su forma *zona*; lo es aún actualmente en la forma *circinada aguda* y en la forma que nos ocupa en este momento. Recordad que el mismo M. Bazin ha borrado las dos primeras formas de los cuadros, cada dia más empobrecidos, del artritismo; él conserva todavía hoy las dos últimas formas; pero hemos visto que dicho autor tiene poca fe en la naturaleza *artrítica* del herpes circinado agudo, puesto que no prescribe contra él tratamiento alguno alcalino; hé ahí una fe sin obras; y

la fe sin obras, ¿no es hoy una fe muerta? En cuanto al herpes sucesivo y crónico, lo declara bien y debidamente artrítico, y tiene buen cuidado de no omitir para combatirlo el jarabe alcalino, específico de la artrítis.

Nosotros, con M. Hardy y M. Doyon, consideramos el herpes sucesivo y crónico como de naturaleza herpética, y por consecuencia, sintomático del dartros. Encontramos en él la duracion, la tenacidad, la recidividad y las comezones inherentes, como caractéres á las afecciones dartrosas. Encontramos el prurito más ó ménos intenso que obliga á los enfermos á rascarse sin cesar.

Hemos observado hace poco un caso en un individuo herpético, hijo de padre herpético, y al que habíamos asistido algun tiempo ántes de un eczema herpético; la medicacion arsenical ha terminado por triunfar de esta afeccion rebelde.

Herpes sifilítico, sifílide herpetiforme.—Acabamos de ver que el herpes, en una de sus dos formas crónicas, en su forma *sucesiva*, descrita por M. Doyon con el nombre de *herpes recidivante de las partes genitales*, es sintomático del herpetismo. Vamos á ver ahora que en su segunda forma crónica es una manifestacion de la sífilis. Existe, en efecto, un herpes sifilítico, negado sin razon por M. Bazin, pero admitido y muy bien descrito por M. Hardy con el nombre de *sifílide herpetiforme.*

La sifílide herpetiforme está caracterizada por vexículas del grosor de un grano de mijo ó de un grano de grosella, dispuestas en círculo y agrupadas sobre una misma superficie, de una coloracion rojo cobriza. El género *herpes* está caracterizado: 1.°, por el elemento primitivo ó lesion anatómica, *la vexícula;* 2.°, por el volúmen de éstas; 3.°, por su persistencia, duran, en efecto, de seis á ocho dias; 4.°, por su disposicion en círculo; 5.°, por su agrupacion sobre una superficie cutánea de una coloracion morbosa que resalta sobre el color de la piel circundante que permanece sana; 6.°, por su evolucion. Estas vexículas, despues de una duracion de seis á ocho dias, se cu-

bren de una costra que persiste á su vez muchos dias y que se desprende sin dejar cicatriz durable. Algunas veces, sin embargo, las vexículas no se cubren de costras, el líquido que contienen es absorbido; en este caso, se terminan por una simple esfoliacion epidérmica.

Estos caractéres son seguramente los del género herpes; veamos ahora cómo encontraremos en ellos el sello de la sífilis.

La superficie de la piel donde están agrupadas las vexículas, en lugar de ser como en el herpes idiopático, de una coloracion viva, rosada, eritematosa, es de un color oscuro, cobrizo, rojo-morenuzco, perteneciente á la sífilis.

La erupcion de las vexículas, en lugar de ir acompañada de escozor y de comezon, como en el herpes herpético, ó de una sensacion de calor, de quemadura y de tension, como en el herpes idiopático, es absolutamente indolente; las placas herpéticas no son asiento de ninguna sensacion dolorosa, de cualquier clase que sea; esta inmunidad de dolor pertenece á las lesiones de la sífilis.

La duracion de la evolucion de este herpes, en lugar de ser, como en el herpes idiopático, de uno, á dos ó tres setenarios, á lo sumo, es de uno, á dos ó tres meses; como sucede en todas lás afecciones sifilíticas, no se encuentra en este herpes nada de agudo, de inflamatorio; nada de accidentes febriles prodrómicos ó concomitantes: todo está revestido de la forma crónica de las lesiones sifilíticas. Los brotes vexiculosos son sucesivos, pero no interrumpidos por largos intervalos, como en el herpes sucesivo herpético; cuando una está en su período de declinacion, otra comienza, de suerte que se observa á la vez, en los diversos grupos, la enfermedad en sus distintos períodos; la duracion del herpes sifilítico, siempre larga, pues que es de uno á tres meses, es producida por la erupcion sucesiva de los grupos vexiculosos; pero esta erupcion sucesiva no impide que la afeccion sea continua y sin intervalo en sus manifestaciones, por cuanto que se verifica de una manera

continua y permanente. Ha sido precedida de otras manifestaciones sifilíticas más precoces en su época de aparicion; así es que se habrá observado una roseola, una sifílide papulosa ó placas mucosas ántes de la aparicion de las lesiones que nos ocupan; habrá, como fenómenos concomitantes, un infarto específico de los ganglios cervicales é inguinales, y á veces otras manifestaciones sifilíticas cutáneas: como placas mucosas de la piel, una sifílide vexiculosa eczematosa y una sifílide acnéica, de las cuales cada pústula ó cada vexícula estará rodeada de una aureola de un color rojo moreno oscuro y cobrizo.

Cuando las vexículas de la sifílide herpetiforme se terminan por la esfoliacion de su lámina epidérmica, despues que el líquido que contenían ha sido absorbido, ó bien cuando despues de ser costrosas, sus costras se desprenden, dejan tras de sí, en el lugar que ocupaban, una coloracion morenuzca, fija, que no desaparece á la presion del dedo, y que persiste, durante un tiempo, con frecuencia muy largo, á veces durante varios meses. Esta coloracion se encuentra despues de otras varias dermatósis no sifilíticas, por ejemplo, despues del eczema ó del prurigo; no tiene, pues, ningun carácter sifilítico: es debida á la hipersecrecion de la materia pigmentaria de la piel; hipersecrecion que tiene lugar bajo la influencia de la irritacion lenta sostenida en la piel por una lesion cuya duracion ha sido prolongada.

Como concomitantes de la sifílide herpetiforme, notamos tambien dolores vagos nocturnos, cefalea, neuralgias, artralgias y dolores periósticos, cuyo carácter eminentemente sifilítico será un rasgo luminoso más en favor de la naturaleza sifilítica del herpes.

Generalmente el herpes sifilítico está dispuesto en grupos numerosos, repartidos, diseminados sin órden por todo el cuerpo, pero principalmente por el tronco, el pecho, el vientre, el dorso y la region lumbar; y cuando estos grupos han desaparecido, no dejan más huellas de su paso que la materia co-

lorante, de que ya hemos hablado, pero no cicatrices. Esta ausencia de cicatrices se explica por el hecho de que las ulceraciones del dérmis, cubiertas por las vexículas, son excesivamente superficiales; son simples escoriaciones que, no interesando más que la lámina más superficial del dérmis, no han ahuecado lo bastante para dejar en éste una huella.

La sifílide herpetiforme forma parte de un órden de accidentes sifilíticos, designados, con mucha razon por M. Hardy, con el nombre de *accidentes intermediarios*.

En la evolucion de la sífilis, se produce despues de los accidentes cutáneos precoces, es decir, despues de la roseola y despues de la sifílide papulosa simple ó pápulo-escamosa. Aparece al mismo tiempo que la iritis sifilítica y el testículo sifilítico; es decir, al mismo tiempo que las lesiones que son fenómenos de transicion entre los accidentes secundarios y los terciarios. Se desarrolla ántes que las lesiones ulcerosas ó no ulcerosas, *en grupos*, porque pertenecen tambien por su disposicion á los accidentes diseminados. Pero ya, por el hecho de su existencia, puede preverse que no tardarán en manifestarse lesiones más profundas y de un órden más grave. Su desarrollo tiene lugar ordinariamente de seis meses á uno ó dos años, despues del accidente primitivo, ó sea del chancro infectante.

Herpes circinado parasitario. — El herpes, en su tercera forma crónica, es parasitario; es sintomático de la existencia del tricófiton; constituye, con el eritema circinado parasitario y la pitiriasis blanca parasitaria, el primer grado de la tiña tonsurante, y precede á la erupcion del sicósis parasitario, segun hemos establecido en nuestro artículo Sicósis.

Cuando el herpes es parasitario, afecta la forma circinada. Pero ya le hemos visto afectar esta misma forma cuando constituye una fiebre eruptiva herpética. Hemos dicho, en efecto, que el herpes, en su forma *zona*, en su forma llamada *flictenoide diseminada* y en su forma *circinada*, debe considerarse como un pseudo-exantema, ó como una afeccion eruptiva,

febril, esencial, idiopática. ¿Cómo distinguir, pues, el herpes circinado idiopático del herpes circinado parasitario? M. Bazin nos lo va á indicar con una notable precision:

«El herpes circinado parasitario, nos dice este maestro, se distingue del herpes circinado artrítico por los caractéres siguientes: Afecta un sitio particular, frecuentemente la cara, y con especialidad las partes abundantemente provistas de pelos; de aquí se trasmite al resto del cuerpo, principalmente al dorso de las manos, ocupando rara vez el tronco. Lo contrario tiene lugar en el herpes circinado artrítico. El primero aparece en todo tiempo, y reconoce por causas el contagio con la navaja de afeitar, ó el contacto de individuos que están atacados de él; el segundo aparece en la primavera, y no es contagioso. En el herpes parasitario, al lado de círculos compietos, se encuentran ordinariamente arcos de círculos más ó ménos extensos; y en su interior, círculos ó arcos de círculos concéntricos claramente separados unos de otros; las vexículas son más pequeñas, ménos persistentes; las escamas son más finas, más plateadas, y cubren la base de los pelos; estos diferentes elementos, reunidos en la circunferencia, forman como una especie de gargantilla centrífuga, que tiende, sin cesar, á hacerse cada vez más grande; van acompañados, en un momento dado, de sicósis; por último, la marcha de la afeccion es esencialmente crónica. En el herpes circinado artrítico, cada placa está formada por un círculo único, que ofrece regular y uniformemente de fuera adentro una zona eritematosa, una zona vexiculosa y una zona escamosa; las vexículas son más voluminosas y más aparentes, y tienen mayor duracion; las escamas son mayores, grisáceas, más húmedas y más adherentes; no ocupan en manera alguna la base de los pelos; nunca estos elementos se acompañan de sicósis; y por último, la marcha de esta afeccion es esencialmente aguda, y se termina por la curacion espontánea.»

No tenemos nada que cambiar en este cuadro comparativo del herpes circinado agudo, idiopático, y del herpes circinado

crónico, parasitario, excepto la calificacion de herpes circinado *artrítico*, que nosotros borramos, para reemplazarla, como ya dijimos, por el herpes circinado *idiopático*.

Así, pues, el herpes reviste tres formas crónicas, tan diferentes por su configuracion, por su evolucion y aspecto, como por su naturaleza; en la primera es sucesivo, interrumpido, intermitente y localizado en su desarrollo: este es el herpes *dartroso;* en la segunda, existe sin descontinuidad y generalizado: este es el herpes *sifilítico*; y en la tercera es circinado: este es el herpes *parasitario*.

¿Es tambien el herpes sintomático de la escrófula? En otros términos, ¿hay un herpes escrofuloso?—No; ningun dermatólogo ha sostenido esta opinion, ni áun el mismo Bazin. El profesor Hébra, que no admite, y con razon, que el eczema pueda ser sintomático de la escrófula, ménos aún admite un herpes escrofuloso.

IV.—DIAGNÓSTICO DEL HERPES.

El diagnóstico del herpes, como *género*, como afeccion genérica, no presenta dificultad, porque los caractéres de esta afeccion son tan marcados que no es posible desconocerlos:

Vexículas voluminosas, redondeadas, anchas de base y de vértice, persistentes, reunidas en grupos sobre una superficie eritematosa claramente limitada, que no dan lugar á ninguna exhalacion húmeda, que se cubren de costras amarillas, negruzcas y gruesas, y que no dejan tras de sí cicatriz alguna durable.

En el *eczema* las vexículas están muy reunidas sobre una superficie eritematosa; pero son pequeñas, granulosas, puntiagudas, apénas visibles, fugaces y dejan despues de su rotura superficies escoriadas y exudantes, que se cubren de costras foliáceas, laminosas, blanquecinas y tan delgadas que M. Bazin las llama *costrillas*.

En la *miliar*, las vexículas se parecen, segun la gratuita

comparacion del profesor Hébra, *á gotas de rocío*: están esparcidas, diseminadas, aisladas sobre un fondo eritematoso; se terminan por una simple esfoliacion epidérmica, y el líquido que contienen es absorbido, ó bien se evapora despues de su rotura.

En el *pénfigo agudo de pequeñas ampollas*, designado tambien por M. Bazin con el nombre de *hidroa ampolloso*, y descrito con el nombre de *fiebre penfigoides* ó *fiebre ampollosa* por Biett, Alibert, Rayer y Devergie, la lesion primitiva es una ampolla y no una vexícula; estas ampollas, por pequeñas que sean, tienen siempre más volúmen que las vexículas del herpes; contienen una cantidad de líquido más considerable, que es vertido al exterior, donde se concreta formando una costra amarillenta, laminosa; con frecuencia las ampollas están aisladas, en vez de estar agrupadas sobre una misma superficie como lo están las vexículas del herpes; además, el pénfigo agudo de pequeñas ampollas no está admitido como entidad morbosa por todos los dermatólogos; Hébra lo niega formalmente. Hé aquí cómo se expresa con este motivo el profesor de Viena:

«Se lee frecuentemente en los tratados de enfermedades de la piel, así como en los periódicos de medicina, descripciones de una afeccion llamada pénfigo agudo, que recorré, se dice, períodos regulares como los exantemas, se termina lo más tarde en cuatro semanas, y no tiene tendencia á la recidiva. No he tenido jamás la suerte de encontrar un pénfigo que presente estos caractéres... No he observado aún un solo caso de pénfigo típico agudo, que tenga una marcha semejante á la de los exantemas.»

A pesar de la gran autoridad tan legítimamente adquirida del nombre del profesor de Viena, nosotros declaramos haber observado en el hospital de San Luis casos de pénfigo agudo, precedidos de síntomas febriles prodrómicos y acompañados en el curso de su evolucion, que ha sido de tres á cuatro semanas, de trastornos generales. En este momento tratamos uno de estos casos en nuestra clientela particular: el enfermo es un

jóven de 20 á 22 años, nacido en Brusélas y que vive en Paris hace sólo quince dias. Hace cerca de seis dias que se encontró fatigado y afectado de quebrantamiento general, de anorexia, de dolores lumbares, de escalofrios y fiebre; tuvo una ó dos epistaxis; sintió en las dos piernas comezones bastante intensas, y en los sitios donde sintió estas comezones vió aparecer ampollas. Entónces fué cuando nos llamaron para asistirle (hotel de Flándes, calle de Nuestra Señora de las Victorias). Nos le encontramos acostado, con la piel caliente, el pulso de 80-90 pulsaciones, la lengua saburrosa, gran fatiga y debilidad; vimos sobre ambas piernas una docena de ampollas de pénfigo, del volúmen de una judía al de una avellana, conteniendo un líquido claro y perfectamente transparente.

Sostenemos, pues, con los autores que ántes hemos citado, y á pesar de la opinion contraria y de las negaciones formales de Hébra, que existe un *pénfigo agudo febril ó fiebre penfigoide*, que es preciso no confundir con el herpes, del cual se distingue por los caractéres ántes enunciados.

Tampoco confundireis el herpes con la *varicela*. En la varicela, en efecto, las vexículas están siempre aisladas, nunca forman grupos, y cada vexícula, perfectamente separada de las vexículas vecinas, está rodeada de una aureola eritematosa.

Tales son las afecciones que tienen con el herpes algunos puntos de semejanza. Veis, sin embargo, que se distinguen de él por caractéres bastante marcados para que no podais confundirlas; yo tenía, pues, razon en deciros que el diagnóstico del herpes, bajo el punto de vista del género ó *como afeccion genérica*, no ofrece dificultad.

Pero teneis que hacer otro diagnóstico; el de *la naturaleza* del herpes: así, pues, dado un herpes, ¿á qué clase pertenece? ¿Qué vale como afeccion? ¿Es un herpes de causa externa, de causa interna ó idiopático? ¿Lo es crítico? ¿Lo es sifilítico, herpético ó parasitario?

Hé aquí varias cuestiones de diagnóstico muy indispensables

de resolver, y sin cuya solucion no hay pronóstico ni tratamiento posibles. Veamos, pues, cómo podreis establecer el diagnóstico de *la naturaleza* del herpes.

Direis que un herpes es *de causa local ó externa:* 1.°, cuando podais comprobar la causa bajo cuya influencia se ha desarrollado; 2.°, cuando no exista fuera de la region sometida á la accion de esta causa; 3.°, cuando no haya sido precedido ni vaya acompañado de accidentes ó trastornos generales febriles; 4.°, cuando su duracion no exceda más allá de la evolucion de la erupcion que se haya producido; 5.°, cuando esta erupcion no presente, ni en su configuracion, ni en su coloracion, ni en su manera de ser, caractéres que pertenecen á una diátesis ó á un estado febril.

Reconocereis, por el contrario, que el herpes es de *causa interna ó idiopático*, y constituirá una *fiebre herpética:* 1.°, cuando haya sido precedido de accidentes ó trastornos generales prodrómicos; 2.°, cuando estos trastornos generales, disminuidos de intensidad en el momento de la aparicion del herpes, no puedan ser explicados sino por el solo hecho de su existencia; 3.°, cuando afecte la forma de zona, la forma circinada aguda ó la forma llamada flictenoide diseminada; 4.°, cuando su duracion no pase de dos, tres ó cuatro setenarios, á lo más.

Declarareis que el herpes es *crítico* cuando le veais sobrevenir alrededor de la boca, principalmente, en el curso de una enfermedad preexistente, y cuando su aparicion coincida con el período de declinacion de esta enfermedad, y una mejoría notable y progresiva en el estado del enfermo.

Reconocereis el carácter *dartroso* del herpes cuando afecte la forma crónica, sea sucesivo, se perpetúe durante una larga fecha, ó que recidive con más ó ménos tenacidad, sin que exista causa alguna local que pueda explicar su desarrollo y sostener su existencia.

El herpes será *sifilítico* cuando tenga la forma crónica y sea apirético; cuando sus vexículas estén agrupadas sobre super-

ficies de una coloracion rojo-oscura, morenuzca y cobriza; cuando estén rodeadas como de una aureola de esta misma coloracion; cuando dichas vexículas se reproduzcan por erupciones sucesivas y no interrumpidas, y cuando hayan sido precedidas ó estén acompañadas de otros accidentes sifilíticos.

Por último, reconocereis el herpes *parasitario* en su disposicion circinada, en su forma crónica, en la pequeñez de sus vexículas, en sus escamas finas y pulverulentas rodeando las raíces de los pelos, en su existencia sobre regiones vellosas, en su carácter inoculable y contagioso, en sus complicaciones sicósicas, etc.

V.—PRONÓSTICO DEL HERPES.

El pronóstico del herpes no será nunca grave en sí mismo; y como afeccion genérica, las lesiones que le constituyen no tienen carácter alguno grave. Debereis, sin embargo, modificar vuestro pronóstico, segun la naturaleza y segun la forma del herpes.

El pronóstico del herpes *de causa externa* será siempre benigno; la afeccion terminará por sí misma por el solo hecho de la supresion de la causa que lo ha producido.

El pronóstico del herpes *idiopático ó de causa interna* será un poco más grave, en razon del estado general febril, bajo la influencia del cual se ha declarado el herpes, en razon tambien de las superficies más extensas invadidas por las erupciones herpéticas, como en el zona, por ejemplo, y de las complicaciones que pueden sobrevenir.

El pronóstico del herpes *crítico* es siempre muy favorable; las placas herpéticas curan por sí solas y muy rápidamente, á medida que la enfermedad, de la cual anuncia la declinacion, marcha hácia la curacion.

El pronóstico del herpes *dartroso* no tiene otra gravedad que la que lleva consigo una afeccion diatésica, cuya duracion es larga y que está sujeta á recidivas.

El pronóstico del herpes *sifilítico* es más grave desde luégo; las manifestaciones herpéticas de la sífilis son numerosas, diseminadas, generalizadas; su duracion es larga, de uno á dos ó tres meses, porque se perpetúan por brotes sucesivos y continuos. Hay que temer siempre que, bajo influencias funestas, las lesiones anatómicas que lo constituyen tomen un carácter más grave, que se hagan ulcerosas; no olvidemos que el herpes sifilítico indica un estado sifilítico antiguo; que es próximo á los accidentes terciarios, y tan sólo por esta circunstancia debe inspirarnos serios y legítimos temores.

Por último, el pronóstico del herpes circinado *parasitario* no tiene otra gravedad que la que correspondería á una afeccion parasitaria, tricofítica, desconocida ó mal cuidada: podría entónces, en efecto, ir seguida de sicósis, traer consigo la pérdida de los pelos de la barba, y destruir los cabellos por anchas tonsuras, que pueden terminar por denudar completamente el cuero cabelludo. Pero cuando es convenientemente tratado, el herpes circinado parasitario cura pronto, sin dejar huella y por consiguiente no es grave.

VI.—TRATAMIENTO DEL HERPES.

El tratamiento del herpes variará segun sus diferentes naturalezas; ya consistirá exclusivamente en medios locales externos que se dirigen á la lesion anatómica que constituye la afeccion; ya, por el contrario, tendrá por objeto combatir la causa bajo cuya influencia se ha desarrollado el herpes y del cual éste es la manifestacion. Siempre que el herpes no sea la consecuencia de una causa interna, profunda, inherente á la constitucion del enfermo ó áun accidental, el tratamiento local es el sólo indicado. Pero si el herpes procede de un estado diatésico ó sólo de algunos trastornos sobrevenidos en la economía por influencias exteriores, por la estacion, por ejemplo, en este caso será necesario instituir un tratamiento general en armonía con los diversos estados patológicos que se trata de remediar.

El herpes de causa externa, el que resulta de un contacto irritante cualquiera, no necesita ningun tratamiento interno; con frecuencia hasta es inútil un tratamiento externo. Así es que en el herpes labialis sólo hay que limitarse á tratar cuidadosamente las vexículas y las costras, á fin de no producir un aumento de inflamacion. Contentaos con respetar las vexículas, y cuando las costras estén formadas respetarlas tambien; son un órgano de proteccion para el trabajo cicatricial que tiene lugar á su abrigo.

Pero si el herpes ocupa las partes genitales (herpes proputialis, herpes vulvaris), en razon de este sitio se presenta, como ya hemos explicado, bajo forma de ulceraciones superficiales, que se hacen dolorosísimas al menor contacto, al menor frotamiento. Esto ocurre, sobre todo, en mujeres gruesas, leucorréicas, despues de la fatiga, de marchas prolongadas ó del flujo menstrual. En parecidos casos el tratamiento consiste en prescribir la posicion horizontal, la inmovilidad absoluta, teniendo separadas las partes enfermas unas de otras, sin ningun contacto ni frotamiento; además se las cubrirá con polvos de almidon ó con cataplasmas de fécula de patatas ó con compresas empapadas de agua emoliente. Con la aplicacion de estos medios las ulceraciones herpéticas dejan de ser dolorosas y se cicatrizan en el espacio de cuatro á seis dias sin dejar huella alguna.

El herpes crítico, que ocupa con más frecuencia los alrededores de la boca, no exige ningun tratamiento ni local ni general.

El herpes idiopático de causa interna, precedido y acompañado de accidentes generales, debe cuidarse como ya hemos dicho al tratar del zona. Que se manifieste bajo la forma de zona, ó de un herpes flictenoide diseminado, ó de un herpes circinado agudo, es siempre la misma enfermedad, la misma fiebre eruptiva, la misma pirexia, que exige ser tratada segun hemos indicado á propósito del zona.

El herpes dartroso, crónico, sucesivo, que ocupa habitual-

mente las partes genitales, en la ranura del glande, en la cara interna del prepucio ó en la vulva, no se presenta sino bajo la forma de ulceraciones, que trataremos del modo que ya hemos indicado, no debiendo abandonar el tratamiento interno antiherpético por el arsénico. El enfermo deberá tomar dos píldoras arsenicales en cada una de las tres comidas, ó bien una cucharada grande de la disolucion arsenical siguiente:

Arseniato de sosa.....	10 miligramos.
Agua destilada.....	500 gramos.

La fórmula de las píldoras que yo prescribo es la siguiente:

Extracto de genciana.....	10 centigramos.
Arseniato de sosa.....	1 miligramo.

Mézclese para cada píldora.

Se tomarán seis de estas píldoras al dia, dos en cada una de las tres comidas.

Estas dos preparaciones arsenicales pueden tomarse indistinta ó alternativamente. Son de un uso fácil y nada peligroso á las dósis que indico, pudiendo aumentarse y hasta llegar á doce píldoras por dia (cuatro en cada una de las tres comidas); y pueden tomarse hasta seis cucharadas de la solucion por dia (dos en cada comida).

El herpes sifilítico, estando habitualmente diseminado sobre una gran superficie del cuerpo, no exige otro tratamiento local que la obligacion en que estareis de respetar, de tratar sus vexículas con el mayor cuidado. Con la sífilis, respetad siempre las lesiones producidas, no las irriteis, por miedo de que no degeneren en lesiones de un carácter más grave. Tendreis, pues, que emplear un tratamiento exclusivamente antisifilítico. Como la sifílide herpetiforme confina con los accidentes terciarios, el proto-yoduro de mercurio es á veces insuficiente, y entónces es necesario agregarle el yoduro de potasio. Comenzad, sin embargo, por dar cada dia una píldora de la composicion siguiente:

Proto-yoduro de mercurio.....	0,03
Extracto de genciana.....	0,10
Extracto de opio.....	0,01

Mézclese para cada píldora.

Si esta preparacion mercurial es insuficiente, añadid el yoduro de potasio á la dósis de un gramo por dia, ó bien dad todos los dias dos cucharadas grandes de jarabe de Gibert, compuesto de bi-yoduro de mercurio y de yoduro de potasio. Vereis con este tratamiento disminuir los accidentes cutáneos, borrarse progresivamente, aunque con lentitud, y desaparecer despues de dos ó tres meses.

Contra el herpes circinado parasitario emplearcis un tratamiento exclusivamente local y parasitario: no habiendo penetrado el hongo en el bulbo pilífero y siendo aún sub-epidérmico, la epilacion es inútil. Contentaos con friccionar las partes enfermas, dos ó tres veces por dia, con una de las pomadas siguientes:

Manteca fresca.....	30 gramos.	
Turbit mineral.....	1 »	M.

O bien con esta otra:

Manteca fresca.....	30 gramos.	
Flor de azufre.....	8 »	
Alcanfor.....	8 »	M.

O tambien friccionarlas varias veces por dia con la tintura de yodo pura, ó con una solucion de sublimado compuesta de

Sublimado.....	1 gramo.	
Agua alcoholizada.....	120 »	D.

Póngase una cucharada de café de esta solucion en la cuarta parte de un vaso de agua fria y fricciónense las partes enfermas con un pincel. Uno ú otro de estos medios bastará para

destruir el tricóficon, y por consiguiente para curar las placas de herpes circinado.

Tales son, señores, las diversas medicaciones curativas del herpes, segun sus diferentes formas y sus diversas naturalezas.

LECCION VEINTISEIS

Miliar.

Señores:

Os he dicho en una de mis primeras lecciones que la *vexícula* es una elevacion epidérmica poco considerable, del volúmen de una pequeña cabeza de alfiler al de una lenteja, formada por serosidad, ya clara y trasparente, ya oscura, opalina y puriforme, la cual puede ser absorbida por un trabajo de intus-suscepcion ántes de la abertura de la vexícula, ó vertida al exterior como una exhalacion, como una secrecion que se prolonga á veces más allá de la duracion de la vexícula; ó bien puede concretarse y solidificarse bajo la forma de una costra de color, aspecto y consistencia variables. Os he dicho que la *vexícula* es una de las lesiones elementales, ó lesiones anatómicas primitivas de las enfermedades de la piel, que constituye una *especie*, y que esta especie, segun los diversos caractéres que puede presentar, es decir, segun sus variedades de desarrollo, de forma, de disposicion, de duracion y de terminacion, constituyen á su vez varios *géneros* ó afecciones cutáneas diferentes, que reconocen todas por orígen la misma lesion anatómica, madre ó primitiva, la vexícula. La miliar es uno de estos géneros, una de estas afecciones.

Se designa con el nombre de *miliar* una afeccion de la piel caracterizada, en su período de estado, por vexículas pequeñas, redondeadas, parecidas á granos de mijo, generalmente muy numerosas, que se desarrollan sobre vastas y anchas superficies, de un color rojo eritematoso y que contienen un lí-

quido seroso, al principio claro y transparente y á traves del cual se percibe el enrojecimiento del dérmis subyacente, y despues oscuro y puriforme, que concluye por ser absorbido, despues de lo cual las paredes vexiculosas se desprenden en forma de esfoliacion furfurácea, sin dejar jamás cicatrices.

Para estudiarla con órden consideraremos la miliar: 1.°, bajo el punto de vista de sus lesiones anatómicas, de las diversas fases de su desarrollo y de sus síntomas; 2.°, bajo el de su naturaleza y de sus causas; 3.°, de su diagnóstico; 4.°, de su pronóstico; 5.°, de su tratamiento.

I.—LESIONES ANATÓMICAS, DESARROLLO Y SINTOMAS DE LA MILIAR.

Como ya hemos dicho, la lesion anatómica patognomónica de la miliar es la vexícula. Esta vexícula, característica de la miliar, es redonda, globulosa, transparente primero, cuando contiene una serosidad clara y límpida; pero al cabo de veinticuatro á treinta y seis horas se vuelve opaca, oscura y puriforme, y entónces la vexícula pierde su transparencia y se pone tambien opaca y de un color gris amarillento. En la inmensa mayoría de casos el líquido contenido en la vexícula no se extravasa, es absorbido en virtud de un trabajo de absorcion, de intus-suscepcion que se opera en la superficie de la parte del dérmis enferma. La vexícula de la miliar permanece, pues, intacta miéntras que contenga líquido, pero cuando este líquido ha sido absorbido, entónces se rompe la vexícula; sus paredes, formadas por una lámina epidérmica delgada y blanquecina, se desgarran, se desprenden y caen en pequeñas laminillas furfuráceas, es decir, semejantes al salvado; hay aquí lo que se llama una descamacion ó esfoliacion furfurácea; y cuando las vexículas, así rotas y esfoliadas, han desaparecido, no queda, en el lugar que ocupaban, ninguna huella de su existencia, ninguna cicatriz.

Las vexículas de la miliar son en general numerosísimas; como todas las afecciones cutáneas de secrecion húmeda, su

sitio predilecto es la parte anterior del tronco, en el pecho, bajo las axilas, en las regiones laterales torácicas, en el vientre, en los pliegues génito-crurales, en la cara interna de los muslos, en el pliegue del codo, en todas aquellas partes donde la piel es delgada, fina y sudosa; estas vexículas están esparcidas, diseminadas sin órden alguno y discretas; sin embargo, en los puntos donde la piel tiene mayor tenuidad, como en los pliegues génito-crurales, en el pene y en el escroto, ocurre con frecuencia que la película epidérmica es tan delgada, que se rompe, de manera que deja comunicarse varias vexículas entre sí; parece entónces que se trata de verdaderas ampollas; pero esas elevaciones epidérmicas, lo bastante considerables, en efecto, para semejar *ampollas*, no son en realidad sino el resultado de la reunion de un número mayor ó menor de vexículas, cuyos tabiques se han roto de tal suerte, que el líquido que contenian aisladamente, invadiendo las vexículas vecinas, forma una coleccion, en vez de quedar, como primitivamente, dividido en una multitud de gotitas tan numerosas como lo son las vexículas.

Las vexículas, tales como acabo de describíroslas, se desarrollan en un fondo de un color rojo eritematoso; este es de un tinte de un rojo claro, y más bien rosa que rojo, que desaparece á la presion del dedo, para reaparecer inmediatamente despues. Esta coloracion está dispuesta en anchas placas, en superficies extensas que cubren frecuentemente de un tinte uniforme toda una region del cuerpo, como por ejemplo, toda la parte anterior del tronco, sobre cuyas superficies se ven brotar, como granos de mijo, las vexículas, cuyo color blanco resalta sobre el fondo rojo que las soporta.

Tales son las lesiones anatómicas por las cuales se caracteriza la miliar.

Hé aquí cómo la describe Hébra:

«No existe ninguna afeccion vexiculosa en la cual sea tan pronunciada la semejanza de las vexículas con las gotas de rocío, como en la miliar; el líquido que encierran nunca se pone

amarillo ni purulento, y no se deseca tampoco en costras amarillas ó morenuzcas. En efecto, estas vexículas no son susceptibles sino de algunos ligeros cambios; no se reunen unas á otras, sino que quedan siempre aisladas; no están dispuestas en grupos; su base no es roja, y nunca están rodeadas por un borde ó una aureola de este color. Además, las partes que han sido una vez asiento de esta afeccion, no están expuestas á ser de nuevo invadidas por ella. En fin, la miliar no va acompañada de ninguna sensacion subjetiva de comezon ó de picazon.»

Hemos creido deber reproducir textualmente esta descripcion, aunque la encontremos inexacta en algunos puntos.

Veamos ahora cuál es el órden de desarrollo y cuál la duracion de la lesion anatómica de la miliar.

Pueden reconocerse en la miliar cuatro períodos: 1.°, *un período prodrómico;* 2.°, *otro eritematoso;* 3.°, *vexiculoso;* 4.°, *de descamacion.*

El período prodrómico no es constante; veremos más adelante que falta con frecuencia, y os diremos en qué casos. Cuando existe, está constituido por accidentes generales, siempre muy ligeros: quebrantamiento de fuerzas, inapetencia, saburra de las vías digestivas y un poco de fiebre. Este estado de malestar vago, mal definido, dura de veinticuatro á treinta y seis horas; puede comenzar por un calofrio que sobreviene de repente. La aparicion del color rojo de la piel se produce, y entónces comienza el segundo período, ó período eritematoso, cuya duracion es tambien de veinticuatro á treinta y seis horas; durante todo este segundo período, cuando existen los accidentes generales, subsisten con una intensidad igual; pero si han faltado como *prodromos*, faltan tambien como *accidentes concomitantes*, *sintomáticos ó reaccionales;* ó en otros términos, el tinte eritematoso puede producirse sin que la salud general sea turbada en cualquier modo. Pero si los accidentes generales pueden faltar, hay síntomas locales constantos, como son sensacion de calor, de escozor y de tension sentida por el enfermo, unida á comezon y á una necesidad

imperiosa de rascarse; esta sensacion de calor es percibida por el tacto, y podreis por este medio apreciar la elevacion de temperatura existente al nivel de las partes rubefactas.

La aparicion de las vexículas constituye el tercer período. La erupcion se verifica de dos maneras diferentes: ya se produce de un solo golpe, de una sola vez, de un solo brote y entónces se ven desarrollarse las vexículas al mismo tiempo sobre todas las superficies rubefactas; nacidas á la vez se desarrollan al mismo tiempo, llegan á la par á su período de estado y se terminan y desaparecen á la vez, despues de una duracion de dos, tres y á veces cuatro dias, lo cual da á toda la enfermedad una duracion total de siete á ocho dias. Pero no sucede siempre así: la erupcion vexiculosa puede producirse en varias veces; puede haber muchos brotes sucesivos; la enfermedad, en lugar de seguir, como en el primer caso, una marcha aguda, sigue una marcha crónica; repitiéndose los brotes sucesivos la prolongan y su duracion puede ser entónces de cuatro á ocho setenarios.

El cuarto y último período está representado anatómicamente por una descamacion furfurácea. En el período precedente, las vexículas habían sido primero traslúcidas, el líquido que contenían era perfectamente claro; despues se hicieron opacas, el líquido se había vuelto oscuro y opalino. En el cuarto período, de absorcion y de descamacion, este líquido es absorbido, muy rara vez es vertido al exterior; con más frecuencia es absorbido por las partes denudadas del dérmis, y entónces las vexículas, quedando vacías, se marchitan, se aplanan, se rompen, y sus paredes se desprenden bajo la forma de laminillas epidérmicas, delgadas, foliáceas, muy tenues, muy pequeñas, semejantes al salvado; no dejan en pos de sí ninguna cicatriz, nada absolutamente que sea indicio de su existencia.

Ocurre á veces, si el enfermo es herpético, como el que teneis á la vista, y cuya observacion voy á exponeros en seguida, que la miliar, por la irritacion que ha determinado en la piel, por el molímen inflamatorio que en ella ha producido, llega á

ser la causa ocasional de una manifestacion morbosa herpética, de un eczema, por ejemplo. Este hecho no es peculiar de la miliar, le vereis producirse en casi todas las afecciones cutáneas herpéticas ó parasitarias; no forma parte integrante de su historia; puede ser solamente una de sus consecuencias, una de sus complicaciones, y con este título es como debo señalároslo.

Ya conoceis la miliar, pero sólo bajo una de sus fases. No os la he presentado todavía más que por su lado material; os he hecho ver solamente lo que la caracteriza anatomo-patológicamente, cuáles son sus lesiones patognomónicas, cuál es su manera de desarrollarse y cuáles son las diversas fases de su evolucion. Es necesario ahora penetrar más profundamente en el fondo de nuestro objeto y preguntarnos qué es la miliar como enfermedad, cuál es su valor como entidad morbosa; en otros términos, cuál es su etiología y cuál su naturaleza.

II.—NATURALEZA Y CAUSAS DE LA MILIAR.

La miliar puede ser de *causa externa* y de *causa interna*. Cuando es de *causa externa*, resulta de una irritacion local; es la consecuencia de una excitacion procedente del exterior, que obrando sobre la piel, la inflama y hace brotar la miliar, como expresion de la inflamacion producida; entre estas causas externas, las más activas y más frecuentes son ciertas aplicaciones, ciertos tópicos cuyo uso es diario; citaremos en primer lugar las fricciones ó unciones con el ungüento napolitano, que con mucha frecuencia dan lugar á una erupcion de miliar en la region donde se han aplicado; citaremos tambien las cataplasmas de harina de linaza, que tienen tambien el mismo inconveniente. En principio, nada hay más emoliente, más mucilaginoso que la harina de linaza; en efecto, hay pocos tópicos de que se deba desconfiar más, en razon de la facilidad con que sufre la fermentacion ácida. Bajo la influencia de esta fermentacion que se produce muy rápidamente, en lugar de ser

dulcificante, se vuelve irritante; en lugar de constituir para las partes que cubre una atmósfera emoliente, antiflogística, es para ellas una causa de inflamacion. Tan es así, que vereis producirse con frecuencia erupciones de miliar á consecuencia de la aplicacion de cataplasmas de harina de linaza, sobre todo en los puntos en que la piel es fina, impresionable y muy susceptible. Prescribid, pues, estas cataplasmas con reserva, sobre todo en las mujeres, y en particular en las regiones donde la piel tiene mayor finura, como en las mamas, en el bajo vientre y en la parte interna y superior de los muslos. Dad la preferencia á las cataplasmas de fécula de patatas, con las cuales no tendreis que temer estos inconvenientes, porque no sufren con la misma prontitud é intensidad la fermentacion ácida. Cuando la miliar resulta de una causa externa, la erupcion se produce sin fenómenos generales, ni prodrómicos, ni concomitantes. La salud general, que permanece absolutamente extraña á la produccion de la dermatose, no sufre por su parte ningun trastorno. Además, la erupcion tiene lugar principalmente, si no exclusivamente, en las partes que han sufrido la accion de la causa irritante.

Las cataplasmas de harina de linaza y el ungüento napolitano no son los únicos tópicos cuya accion determina la miliar; todo lo que es susceptible de irritar, de inflamar la piel en débil grado, puede producir el mismo resultado; determínanla tambien todas las pomadas sulfurosas, alcalinas, yodadas ó alcanforadas y los baños que contienen en disolucion estos mismos ó análogos principios. Es necesario que sepais bien esto, á fin de que calculeis todas las consecuencias posibles de vuestras prescripciones, á fin de que las hagais saber á los enfermos y de demostrarles así que sabeis prevenirlo todo, hasta los inconvenientes de vuestras mismas prescripciones, que si pueden ser en ciertos casos funestas, tienen en cambio preciosas compensaciones.

La miliar puede ser y es, en efecto, frecuentemente la consecuencia de una causa interna; existe entónces en virtud de

una disposicion especial de la economía; constituye una pirexia, una fiebre esencial; hay una fiebre miliar (*miliaria febrilis*, *miliaria rubra*), como hay una fiebre herpética ó una fiebre ectimatosa. Cuando la miliar constituye una fiebre eruptiva, es cuando va precedida de prodromos y acompañada de accidentes generales que se manifiestan por trastornos en los centros nervioso y circulatorio y en el aparato digestivo; en estos casos es cuando la erupcion está generalizada. La fiebre miliar dura ordinariamente de siete á diez dias y su terminacion constante es la curacion.

Algunas veces la erupcion miliar es el síntoma de una enfermedad epidémica muy grave que se la llama *sudor miliar*; no hacemos más que mencionar aquí este hecho patológico, sobre el cual no insistiremos más en este capítulo.

Hemos visto que la miliar es á veces el resultado de una causa interna; es en este caso un *pseudo-exantema benigno*, como la llama M. Bazin. ¿Pero no existe tambien la miliar como consecuencia de otra causa? ¿No hay, por ejemplo, una miliar *crítica*, es decir, una miliar espontánea, sin ninguna causa procedente del exterior, y que puede ser considerada como el resultado de un esfuerzo saludable operado por la naturaleza para la expulsion y eliminacion de un principio morboso más grave? Bien sabeis que hay afecciones, trastornos generales ó trastornos funcionales parciales, que no son otra cosa que crísis y cuya aparicion es el signo de la curacion de una enfermedad preexistente más grave; hay, pues, sudores críticos, diarreas críticas, hemorróides críticas, etc.

Gran número de enfermedades de la piel pueden y deben ser consideradas en algunas ocasiones como accidentes felices para la salud general; en otros términos, como crísis saludables. Así es que vereis con frecuencia bronquitis pertinaces, trastornos dispépticos, fenómenos congestivos graves de los centros nerviosos, terminarse bruscamente, como por encanto, al mismo tiempo que se produce una erupcion de psoriasis, de eczema ó de líquen. ¿Ocurre esto mismo con la miliar? Esta

tésis puede sostenerse, porque vereis á veces coincidir una erupcion de miliar con la declinacion de un reumatismo articular agudo, de una fiebre tifoidea, de una pulmonía, de una inflamacion intestinal ó de una peritonitis. Luego en estos casos se puede decir que la miliar ha sido crítica, y no faltarán razones convincentes para sostener esta opinion. Pero, por otra parte, se podría decir tambien que en todos estos casos ha habido sudores abundantes, largo tiempo continuados y profusos; que estos sudores han producido en la piel una vitalidad exagerada, excesiva, próxima á la inflamacion; que, por otra parte, estos sudores, por su permanencia sobre la piel, han sido para ésta una causa directa de irritacion, cuya irritacion se traduce por una miliar. De suerte, que si en ciertos casos la miliar puede ser considerada como una afeccion crítica, se encuentran en estos mismos casos motivos no ménos plausibles para atribuirla otra razon de ser y considerarla como consecuencia de la diaforésis.

No insistiremos más en la cuestion de si existe ó no una miliar crítica; nosotros planteamos la cuestion pero no la resolvemos, y resumimos este párrafo diciendo que la miliar *es el resultado de una causa local y que procede del exterior; ó, por el contrario, constituye una verdadera fiebre eruptiva.*

III.—DIAGNÓSTICO DE LA MILIAR.

Tenemos que hacer un doble diagnóstico: 1.°, el del *género* ó sea el de la afeccion en sí misma; 2.°, el de la naturaleza de esta afeccion; es decir, el que nos hará determinar si en tal caso la miliar *es de causa externa*, si en tal otro *procede, por el contrario, de una causa interna.*

Diagnóstico del género.—Recordemos en pocas palabras los caractéres anatomo-patológicos de la miliar. Vexículas pequeñas, del volúmen de una cabeza de alfiler, discretas, redondeadas, análogas á granos de mijo, que contienen un líquido primero claro y poco despues oscuro y opalino, diseminadas

sin órden en gran número sobre extensas superficies eritematosas, las cuales han precedido á su aparicion, que tienen una duracion de tres á cuatro dias, y que se terminan, despues de la absorcion del líquido que contenían, por una descamacion furfurácea, sin dejar cicatriz alguna, acompañadas ó no de trastornos generales; hé aquí la miliar. ¿Con qué otras dermatósis podríais confundirla? ¿Será con el herpes? No, porque en el herpes, reunidas en grupos sobre superficies eritematosas claramente circunscritas, las vexículas son anchas y aplastadas; el líquido que contienen es purulento y forma costras de un color amarillo-negruzco que persisten durante varios dias.

¿Será con la sudámina? No, porque las sudáminas están constituidas por vexículas más bien puntiagudas que globulosas, que nunca reposan sobre fondo eritematoso, que no acarrean ninguna modificacion en la coloracion de la piel sobre que aparecen, que no determinan prurito, que siempre están claras y nunca oscuras y opalinas, y que nunca dan lugar á trastornos generales.

¿Confundireis la miliar con el eczema rubrum? No, porque en el eczema rubrum las vexículas están más engastadas en el expesor del dérmis, son ménos superficiales, ménos visibles; están implantadas, no como en la miliar, sobre superficies cutáneas vastas y uniformemente eritematosas, sino sobre placas ó manchas limitadas, pequeñas, circunscritas y de bordes irregulares; además van acompañadas de un prurito infinitamente más intenso; y por último, la duracion del eczema rubrum es de quince á veinte dias, en lugar de ser de un setenario solamente, como sucede en la miliar.

Ménos aún confundireis la miliar con el eczema fluente. En efecto, en esta última forma del eczema las vexículas no son persistentes, se rompen frecuentemente á las pocas horas de su aparicion; dejan en pos de sí superficies dérmicas ulceradas, por las cuales fluye, á veces con mucha abundancia y durante mucho tiempo, un líquido sero-gomoso que se solidifica en costras laminosas amarillo-blanquecinas.

Distinguireis fácilmente la miliar de la varicela, porque en esta última afeccion las vexículas son voluminosas y amarillentas ántes de ser reemplazadas por una costra amarillenta y persistente, están rodeadas cada una aisladamente de un círculo eritematoso, especie de aureola que resalta sobre la coloracion de la piel, que permanece normal.

Distinguireis tambien la miliar de la forma particular de acné llamada *acné miliar*, en razon del aspecto globuloso que presentan las pústulas que constituyen esta última dermatose. En ambas afecciones encontrais una lesion cutánea de la misma apariencia, de la misma forma, del mismo volúmen, y semejante, tanto en una como en otra, á un grano de mijo; pero esta lesion cutánea es en la miliar una vexícula primitivamente clara y transparente, y que no se torna opaca sino al fin de su duracion; en el acné, por el contrario, es una pústula que contiene pús desde su orígen, y por consiguiente, que siempre es opaca y nunca transparente. Además, las pústulas del acné miliar están con frecuencia rodeadas en su base de una aureola ligeramente eritematosa, que forma como una especie de marco.

Tales son las afecciones de la piel que tienen alguna semejanza con la miliar; bien veis que con un poco de atencion podreis siempre diferenciarla con poca dificultad.

IV.—PRONÓSTICO DE LA MILIAR.

El pronóstico de la miliar no es grave sino en el caso que sea síntoma del sudor miliar. El sudor miliar es, en efecto, una enfermedad general, una pirexia, habitualmente epidémica, siempre séria, y de la cual es uno de los síntomas una erupcion vexiculosa de miliar. Cuando la miliar existe, como manifestacion de esta enfermedad, os hará formar siempre un pronóstico grave; pero fuera de este caso, la miliar nunca es grave. Cuando está bajo la influencia de una causa externa, existe sin ningun resentimiento general, no trastorna en modo

alguno la salud, y cuando la accion de la causa productora se ha suprimido, la miliar entra espontáneamente en un período de declinacion, preludio de una curacion rápida. Cuando es de causa interna y constituye la fiebre miliar, tampoco tiene gravedad; apénas si subsiste ocho ó diez dias, y la curacion es la regla.

V.—TRATAMIENTO DE LA MILIAR.

Si la miliar es el resultado de una causa externa irritante cualquiera, la primera indicacion que hay que llenar es la de suprimir la causa productora. La sola separacion de esta causa basta, en la mayoría de casos, para obtener la curacion. Así, pues, si se trata de cataplasmas de harina de linaza, que la piel no puede soportar, apresuraos á suprimirlas y á reemplazarlas por cataplasmas de fécula de patatas. Si se trata de fricciones mercuriales ú otras, que han determinado una erupcion de miliar, suprimid en seguida estas fricciones y prescribid en su lugar aplicaciones emolientes, cataplasmas de fécula de patatas ó aplicaciones de compresas empapadas en agua de malvas tibia. La miliar es una inflamacion de la piel, y por lo tanto debemos emplear contra ella los emolientes, tales como los baños tibios de agua de salvado ó de agua en la cual se haya hervido almidon; en algunas ocasiones basta espolvorear las partes enfermas con un polvo aislador y secante, como el polvo de licopodio ó el de almidon. No emplearemos tratamiento alguno general, puesto que la salud general no ha sufrido alteracion alguna.

El mismo tratamiento local convendrá en los casos en que la miliar sea de causa interna. Sin embargo, como entónces la erupcion tiene vastas proporciones, las cataplasmas no pueden aplicarse; es necesario contentarse con el polvo de almidon. Además, estando la erupcion bajo la dependencia de una causa interna, es indispensable evitar todo lo que pueda reprimirla bruscamente; y los baños podrían ser seguidos de accidentes

de repercusion, siendo por lo tanto más prudente abstenerse de ellos. En esta clase de miliar debemos cuidar del estado general, frecuentemente perturbado. Si hay inapetencia y un estado saburral pronunciado, estará indicado un emético. Cuando la erupcion marcha á su declinacion, no debemos temer interrumpirla por una revulsion intestinal; tanto más, cuanto que estará indicado un purgante por el estado de las primeras vías y de las funciones gastro-intestinales. Algunas bebidas acídulas y una dieta prudentemente dirigida, serán el complemento de la medicacion.

Para terminar este estudio sobre la miliar, voy á leeros una interesante observacion recogida en el núm. 17 de nuestra sala de San Cárlos, por mi interno M. Muzelier.

ERUPCION MILIAR.

El individuo objeto de esta observacion es un jóven de 18 años, que goza habitualmente de buena salud, que lleva una vida regular y que no presenta hábitos alcohólicos. Hace unos cinco meses que este jóven tuvo un abceso en la parte externa de la region subclavicular del lado derecho. Este abceso duró cerca de tres semanas y dejó tras de sí una cicatriz saliente y de color rojizo, todavía hoy muy aparente. Tuvo además, en diversas épocas, otros abcesos, probablemente de la misma naturaleza que el precedente, en las partes laterales del cuello. Hace cerca de cuatro meses que este enfermo fué atacado de una erupcion cutánea que presentaba análogos caractéres á los que constituyen la erupcion actual. Estaba constituida por una coloracion roja generalizada y por *vexículas* bastante salientes, á consecuencia de las cuales sobrevino una exudacion tan abundante, que caló los vestidos. La terminacion tuvo lugar por una descamacion generalizada que daba á la superficie cutánea un aspecto bastante análogo al del polvo de la harina. En cuanto á la afeccion actual, no parece haber sido precedida de prodromos. El dia anterior á la aparicion el enfermo no

sentía ningun malestar. Pero en la noche del 8 al 9 de Octubre se despertó con una sensacion de escozor y de calor por toda la extension de la piel. Esta sensacion era siempre mucho más pronunciada al nivel de las partes genitales y bastante intensa para impedir el sueño. A la mañana siguiente, á la hora de levantarse, su piel estaba de una coloracion roja intensa, que se extendía á casi toda la superficie cutánea, excepto los miembros inferiores. La sensacion de escozor era siempre muy viva en las partes genitales.

Entró en nuestra clínica la tarde del 8 de Octubre, presentando el estado siguiente: en toda la cara anterior del pecho y del abdómen la piel es asiento de una coloracion rojo subido, de tinte escarlata. Esta coloracion se presenta igualmente, aunque un poco ménos marcada, en la cara posterior del tronco, en el cuello, los miembros superiores, é inferiormente hasta la parte media de los muslos. Examinando con cuidado y con una lente las superficies eritematosas, se nota la existencia de gran número de vexículas incoloras, excesivamente tenues, que dan por su confluencia y su relieve, un aspecto achagrinado á la piel. Todas estas particularidades se encuentran más marcadas al nivel de las partes genitales. En efecto, existe en ellas una rubicundez intensa y la piel está cubierta de un gran número de vexículas salientes, de coloracion ligeramente amarillenta y del grosor de un grano de mijo. En la parte superior de la cara interna de los muslos y en la raíz del pene es donde están más pronunciadas estas particularidades. En las partes que están en contacto, es decir, entre el escroto y el muslo por una parte, y por otra entre el escroto y el pene, existe una exudacion abundante constituida por un humor amarillento y viscoso. El enfermo no experimenta desde el principio de su erupcion ningun desórden en su salud (ni cefalalgia, ni trastornos digestivos). No ha habido fiebre á ninguna hora.

Dia 9 (sábado por la mañana).—Los fenómenos *locales* han variado poco; la erupcion cutánea se presenta con los mismos caractéres de rubefaccion y de extension. Se perciben aún muy

bien las vexículas cuando se examina la piel de cerca y con atencion. La sensacion de escozor y de comezon es aún muy viva en las partes genitales, pero ha desaparecido en el resto de las superficies enfermas. La lengua está ligeramente saburrosa, y aparte de ésta ninguna alteracion se nota en la salud general.

Dia 10.—La rubefaccion ha disminuido ligeramente y ha tomado un tinte más pálido, pero la piel ha conservado su aspecto achagrinado. En la parte anterior del tronco se ve gran número de vexículas diseminadas del grosor de una cabeza de alfiler, de coloracion ligeramente amarillenta. En los brazos y en la parte superior del dorso se encuentran algunas vexículas del mismo aspecto y de la misma forma. Los miembros inferiores son invadidos por la erupcion exantemática, pero ésta queda detenida al nivel del tercio medio de las piernas, donde su límite está indicado por el reborde muy marcado de las partes coloreadas en rojo. En las partes genitales y en la cara interna de los muslos se produce una nueva erupcion de vexículas numerosas, confluentes, que presentan los caractéres de las que las han precedido. El estado general no presenta nada de particular. Las partes que están en contacto son siempre asiento de una exudacion muy abundante. La observacion termométrica no revela ningun aumento de temperatura.

Dia 11 (lúnes).—Rubicundez bastante pronunciada de las superficies que son asiento de la erupcion, hasta la parte inferior de las piernas. La erupcion miliar de la cara anterior del tronco es un poco ménos abundante que el dia anterior, principalmente en la region subpubiana. Está constituida por vexículas redondeadas, salientes, del volúmen de una gruesa cabeza de alfiler, llenas de un líquido ligeramente amarillento. Se nota igualmente la existencia de vexículas en el brazo y antebrazo, pero ménos numerosas. En todas estas partes y en la cara dorsal de las manos, la piel presenta el mismo aspecto achagrinado que al principio. El enfermo continúa sin sentir fiebre ni malestar. Las funciones digestivas son normales, á

pesar de que la lengua está ligeramente saburrosa. La orina, espesa y turbia, no contiene albúmina.

Dia 12.—La coloracion roja de los tegumentos ha disminuido mucho, particularmente en la parte superior de la region torácica. La region external está cubierta de gran número de costras delgadas, húmedas, de color amarillo y que presentan una disposicion irregular. En la parte superior del cuello, en el lado izquierdo, se ven igualmente costras amarillentas de pequeñas dimensiones, cuya distribucion representa bastante exactamente la de las vexículas que les han dado orígen. En los miembros superiores y en la cara anterior del abdómen las vexículas están aplastadas, pero con todo, están ligeramente salientes. Las partes genitales son asiento de una exudacion muy abundante que hace experimentar al enfermo comezones bastante molestas, apénas atenuadas por el uso del polvo de almidon.

Dia 13.—La coloracion roja de los tegumentos está casi borrada: se la encuentra, sin embargo, aunque muy debilitada, en los miembros superiores y en la cara anterior del abdómen, así como en la parte superior de la cara interna de los muslos. A pesar del empleo de polvos secantes, la exudacion de las partes que están en contacto no ha disminuido sensiblemente. La erupcion vexiculosa está en vías de desaparicion en todos los puntos que ocupaba poco ántes. En la region external se ven todavía costras amarillas y delgadas. El estado general no presenta tampoco nada de particular.

Dia 14.—El tinte exantemático de los tegumentos no existe ya; en las partes genitales la piel está aún ligeramente roja y cubierta de costrillas amarillentas, delgadas y anchas. Toda la parte anterior del tórax, sobre todo del lado izquierdo, está cubierta igualmente de costrillas amarillas, delgadas, aplanadas, que en algunos puntos descansan sobre un fondo rojizo y húmedo. Toda la circunferencia del cuello está cubierta igualmente de costras delgadas, de color blanquizco y de dimensiones más pequeñas que las de la region external. Existen igual-

mente algunas placas de descamacion en la region escapular derecha. Por último, en el pliegue del codo, en ambos lados, pero principalmente en el derecho, se ven huellas manifiestas de descamacion.

Dia 17.—En esta fecha no existe huella alguna del tinte congestivo de los tegumentos. Toda la superficie cutánea invadida por la erupcion vexiculosa es asiento actualmente de una descamacion muy aparente. En efecto, en todos estos puntos la piel está cubierta de restos epidérmicos muy delgados, de color blanquecino, de forma ligeramente redondeada, que se desprenden fácilmente de la piel que cubren. Esta descamacion es muy aparente en la cara anterior del abdómen, en el hueco poplíteo, en los antebrazos, principalmente en el pliegue del codo y alrededor de la circunferencia del cuello. La secrecion morbosa de las partes genitales está en vías de desaparicion, aunque estas partes son todavía asiento de una humedad bastante pronunciada.

Dia 21.—El enfermo sale por su gusto del hospital, no conservando más que huellas insignificantes de su erupcion pasada.

LECCION VEINTISIETE.

Rupia.

Señores:

La afeccion que va á ser objeto de la conferencia de hoy, difiere esencialmente de todas las que hasta hoy nos hemos ocupado.

Os he hecho ver primero enfermedades caracterizadas anatomo-patológicamente por escamas, es decir, por producciones epidérmicas viciadas, modificadas, alteradas en su aspecto, en su manera de ser, en su espesor, en su disposicion y en su abundancia; secreciones epidérmicas enfermas, suministradas por un dérmis enfermo tambien. El *psoriasis*, con sus escamas secas, gruesas, imbricadas, resistentes y argentadas, se nos presenta como el tipo de estas afecciones, de las cuales la *pitiriasis*, con su descamacion pulverulenta y furfurácea, no es en cierto modo, sino el diminutivo ó la expresion más atenuada. En la *pitiriasis*, lo mismo que en el *psoriasis*, la lesion principal es epidérmica y no hace más, como ya os he dicho, que desflorar la capa más superficial del dérmis, sin profundizarle en manera alguna.

Hemos visto despues enfermedades de tipo vexiculoso: el *eczema*, el *herpes* y la *miliar*; aquí el dérmis comienza á ser invadido, pero la lesion que sufre le produce sólo un ligero ataque; su capa más superficial es la única que padece; ésta se irrita y se inflama por pequeños puntos; la inflamacion de cada

uno de estos pequeños puntos se traduce por la secrecion de una gotita de serosidad clara y transparente que levanta la lámina epidérmica superpuesta; de este modo se forma la vexícula. El líquido que ésta contiene puede ser absorbido como en la *miliar*, puede solidificarse formando costras, como en el *herpes* y el *eczema*, ó puede tambien, despues de la rotura de la vexícula, continuarse su secrecion por las ulceraciones del dérmis, que deja al descubierto la hoja epidérmica esfoliada; pero estas ulceraciones son del todo superficiales, no son más que simples escoriaciones que apénas han interesado la superficie del dérmis.

En las afecciones pustulosas, la piel ha sido más seriamente atacada. En el *impétigo* la inflamacion más viva, más intensa, se traduce por una secrecion purulenta, que tambien se limita á la superficie del dérmis, permanece superficial y sin duracion.

En el *ectima*, aquella está circunscrita á las dimensiones, siempre restringidas, de una pústula, y sólo en estos límites penetra en todo el espesor de la piel.

En el *sicósis* y en el *acné*, si la inflamacion, si el principio morboso invadiese el dérmis más profundamente, no lo tocaría sino en uno solo de sus elementos constitutivos. El sicósis ataca las glándulas que segregan los pelos y el *acné* las glándulas sebáceas.

En todas estas afecciones escamosas, vexiculosas ó pustulosas, la piel está más ó ménos lesionada, modificada en su estado fisiológico, alterada en algunas partes de su sustancia; está engrosada, desecada, privada de su flexibilidad y de su extensibilidad y cubierta de una costra dura y callosa en el *psoriasis;* está salpicada en toda su superficie de granulaciones vexiculosas y pustulosas y de pequeñas escoriaciones exudantes y costrosas, en el *eczema* y en el *impétigo*.

En la *miliar*, segun la poética comparacion del profesor Hébra, parece la piel sembrada de gotas de rocío. El *herpes* se caracteriza por erupciones de vexículas voluminosas y salientes, miéntras que en el *sicósis* y en el *acné* el dérmis está, por

decirlo así, acribillado de puntos protuberantes, unos duros y tuberculosos, otros supurantes y pustulosos.

Tales son las principales lesiones que hemos comprobado en las diversas afecciones estudiadas hasta el presente. Ninguna de estas afecciones es esencialmente destructora; la prueba está en que todas, áun sin exceptuar el ectima, al ménos en algunas de sus formas, curan sin dejar la menor huella, el menor vestigio cicatricial.

Pero hoy vamos á estudiar una enfermedad del todo diferente. Esta tiene por carácter ser esencialmente ulcerativa y destructora; ella verifica en el espesor de la piel, un trabajo eminente y profundamente destructor. Produce en el dérmis anchas y profundas ulceraciones, de fondo pálido y que dan lugar á una supuracion saniosa y fétida, que completa la fisonomía de una úlcera de mal carácter. Da lugar á costras gruesas, negruzcas, húmedas y exudantes, cuyo aspecto tiene algo de sórdido, de horroroso y de repugnante. Es, por lo tanto, una afeccion *maligna*, es decir, una afeccion cuyas lesiones anatómicas son graves por sí mismas y hacen correr á los enfermos los más graves peligros. Esta enfermedad, cuya fisonomía y caractéres exteriores principales acabo de trazaros sumariamente y á grandes rasgos, es la *rupia*, la cual vamos á estudiar en esta conferencia.

Rupia viene del griego ῥύπος, suciedad, basura, inmundicia. La palabra, no tiene nada de seductora, ya lo veis, pero está, puede decirse, en relacion con el objeto que ella debe designar. Los detalles en que voy á entrar ahora y los ejemplos que os presentaré, os harán comprender perfectamente la verdad de esta aseveracion.

Bajo el punto de vista anatómico, tres lesiones elementales entran en la constitucion de la rupia.

Primero aparece una ampolla; á esta sucede bien pronto una ulceracion profunda, abierta en el espesor del dérmis, y que da orígen á una sanies purulenta espesa; en fin, como consecuencia de esta última, sobreviene la costra de que ya os he hablado.

Sin embargo, si todos los autores están de acuerdo cuando se trata de las dos últimas fases del proceso, no sucede lo propio cuando se trata de la lesion inicial; sobre este punto las divergencias son numerosas, y voy á señalároslas rápidamente.

Para M. Devergie la rupia comienza por un grupo de vexículas.

Segun M. Bazin, por el contrario, aparece primero una pústula; pero bien pronto, al cabo de algunas horas, de algunos dias á lo más, el epidérmis se levanta alrededor de aquella y no tarda en formarse una ampolla. De este modo se encuentra constituido un elemento nuevo en cierta manera, una pústulo-ampolla.

M. Hardy no admite ni la ampolla ni la vexícula; aquí, como en el ectima, una verdadera pústula es la que para él abre la escena morbosa. En cuanto á la opinion que yo senté al principio, la que hace comenzar la rupia por una ampolla, pertenece á Willan y á Rayer, y por mi parte la adopto completamente.

Así, pues, en la rupia, la lesion elemental inicial es una ampolla. Necesito ahora mostrárosla y describírosla.

Todos sabeis lo que es la vexícula. Se designa con este nombre una elevacion del epidérmis producida por un líquido más ó ménos transparente, elevacion que conserva siempre un pequeño volúmen. Suponed esta vexícula de dimensiones más considerables, desde la de una gruesa lenteja á la de un huevo, y áun más, y tendreis una idea exacta de la ampolla. En cuanto al líquido que ella encierra, puede ser seroso y de una limpidez perfecta, como en el pénfigo, ó bien de una consistencia bastante grande y siempre más ó ménos sanioso, como en la afeccion que nos ocupa.

Este elemento primitivo de la rupia es esencialmente transitorio. Lo mismo que la vexícula en el eczema, puede durar sólo algunas horas; no persiste en casi todos los casos más allá de uno ó dos dias. Debo deciros que rara vez se tiene la

buena fortuna de encontrarla, y me congratulo de poder presentaros esta pieza, perteneciente al museo del hospital, donde ha sido posible coger, por decirlo así, al paso, esta lesion fugitiva, y representarla en su estado de completo desarrollo. Podeis estudiar tambien en esta misma pieza las fases ulteriores de la afeccion: la ulceracion y la costra que la cubre, que constituyen lo que se puede designar con el nombre de lesiones secundarias de la rupia.

Bien pronto se rompe la ampolla; la sanies purulenta que contiene se derrama y se concreta al contacto del aire encima de la ulceracion, que acaba de formarse; la costra que resulta de la solidificacion de la sanies ocupa al principio todo el espacio que queda al descubierto por la desaparicion de la ampolla, teniendo las dimensiones de ésta y la forma redondeada. Sin embargo, por debajo y por todo el contorno de esta costra, continúa haciendo progresos el trabajo ulcerativo; una nueva cantidad de materias purulentas es segregada, la que, concretándose á su vez alrededor de la costra primitiva, la levanta, elevando su centro y ensanchando su periferia primitiva; á este segundo brote no tarda en añadirse un tercero, y á éste otros, que proceden de la misma manera que el anterior. En una palabra, la costra crece en espesor por elevaciones sucesivas, miéntras que por la periferia sigue paso á paso á la ulceracion en su invasion centrífuga.

Estas ligeras nociones sobre el mecanismo que preside á esta formacion, son de mucha importancia; ellas os dan, en efecto, la clave de la mayor parte de los detalles en la descripcion que sigue. De coloracion negruzca, de base redondeada y de vértice prominente, la costra de la rupia constituye una especie de pirámide ó de cono truncado, que recuerda bastante bien, por su forma, el escudo antiguo, compuesta de capas estratificadas y concéntricas, entre las cuales, las más centrales, que son tambien las más prominentes, son al mismo tiempo las más antiguas; ha sido comparada por Willan á la concha de la ostra. Esta costra es, en general, húmeda y

blanda; comprimiéndola ligeramente con el dedo, se siente que descansa sobre una capa líquida, y por una presion un poco fuerte se producen en ella fisuras que dan salida á algunas gotitas purulentas.

Tal es esta lesion cuyos caractéres tan marcados permiten, como veremos en el diagnóstico, distinguir la rupia de todas las demas afecciones cutáneas.

En cuanto á su duracion, es imposible determinarla ni áun de un modo aproximado. Estamos tratando de una enfermedad crónica; el trabajo morboso puede prolongarse y la ulceracion extenderse á su vez indefinidamente. Así, pues, comprendereis fácilmente que por poca extension que ocupe en la superficie del cuerpo, la rupia no tarda en producir la caquexia consecutiva á las supuraciones prolongadas.

Cuando, por el contrario, tiene lugar la curacion, la superficie ulcerada cesa de suministrar pus y se cicatriza de la periferia al centro; al mismo tiempo, la costra, cada vez ménos húmeda, se arruga, pierde sus adherencias y termina por desprenderse, dejando á su caida una cicatriz indeleble, pero cuyos caractéres varían segun los casos.

La rupia no es, bajo el punto de vista anatómico, siempre idéntica á sí misma, por lo cual vamos á estudiar sus variedades. Estas son tres: *rupia simple*, *rupia prominente* y *rupia escarotica*.

1.° *Rupia simple.*—Es la rupia en toda su simplicidad. La ampolla inicial se rompe; se forma una costra única, que acaba por desprenderse, dejando despues de su caida una cicatriz muy superficial.

2.° *Rupia prominente.*—Es la variedad que hemos tomado por tipo de nuestra descripcion, por lo que no hacemos más que recordarla aquí.

3.° *Rupia escarótica.* — Comienza igualmente por una ampolla, pero ésta está llena de una serosidad negruzca, y despues de su rotura deja al descubierto una verdadera escara del dérmis que más tarde se elimina por los procedimientos

habituales á este género de lesion. Esta variedad se encuentra comunmente en los dos extremos de la vida. La primera y segunda infancia, así como la extremada vejez, son sus constantes tributarios. En ésta como en aquéllas, indica circunstancias etiológicas análogas, que pueden resumirse en la fórmula siguiente: malas condiciones higiénicas, que producen como consecuencia inevitable la caquexia.

Ha llegado el momento de preguntarnos cuál es la significacion precisa de la lesion cuyos caractéres anatómicos y cuya evolucion en sus diversos variedades acabamos de estudiar. Os diré desde luégo, aunque esta opinion esté léjos de ser adoptada por todos los autores, que para mí puede ser la expresion de cuatro estados bien diferentes de la economía. Se la ve, en efecto, desarrollarse bajo la influencia de tres diátesis: el herpetismo, la sífilis y la escrófula; por último, puede tambien darla orígen la caquexia.

Así, pues, yo admito la existencia de cuatro especies de rupia: *rupia caquéctica*,—*rupia herpética*,—*rupia sifilítica*,—*rupia escrofulosa*.

Rupia caquéctica.—Ya sabeis que el estado caquéctico no es siempre la consecuencia de una diátesis; se produce tambien en las circunstancias morbosas más variadas; pero una vez desarrollado y cualquiera que sea la causa que le ha dado orígen, posee una existencia independiente y puede determinar por sí mismo la aparicion de una rupia. Tan es así, que en los niños de pecho, bajo la influencia de una alimentacion artificial mal dirigida, secundada en este caso por la falta de los cuidados higiénicos indispensables á esta edad, la diarrea se establece y á consecuencia de ella se produce la caquexia. Muy frecuente es en este caso, como síntoma de este nuevo estado morboso y fuera de toda sospecha de sífilis, que se presente la rupia escarótica. En todas las edades de la vida, condiciones análogas, producen semejantes efectos. Ciertamente habreis visto muchas veces en vuestras visitas al Hospital, esos individuos extenuados por privaciones de toda naturaleza, á las cua-

les habrán llegado á consecuencia de excesos de más de un género. Vosotros no reconoceréis en ellos la existencia de ninguna lesion orgánica, de ninguna diátesis, y sin embargo ellos están profundamente enfermos, algunos ni áun se levantaron del lecho. Estos individuos están caquécticos, y la caquexia va á provocar á su vez la aparicion de cierto número de manifestaciones, entre las cuales vereis la rupia simplex y la rupia escarótica.

Rupia herpética.—Llegamos á uno de los puntos más controvertidos de la historia de la rupia; pero, por mi parte, admito sin reserva la existencia de la rupia herpética, porque tengo en mi apoyo los hechos observados. Tomad un individuo atacado del eczema más vulgar y ponedlo en manos de un empírico; éste le hará sufrir el tratamiento ménos racional de todos; le propinará una pomada incendiaria (esta es la única palabra que caracteriza convenientemente las preparaciones de este género), y la piel, bajo la influencia de esta nueva irritacion, reacciona á su manera y la expresion anatómica de la diátesis se modifica. A la vexícula eczematosa sustituye una ampolla de pénfigo ó de rupia. Y no vayais á creer que esta sea una simple elucubracion ó vision; yo he observado en mi práctica una y otra de estas transformaciones. Ya conoceis uno de los modos de desarrollarse la rupia en la diátesis herpética; hé aquí otro: un individuo herpético, bajo la influencia de las condiciones que há poco enumeré, llega á estar caquéctico; hasta este momento el herpes se había traducido en él por una manifestacion cutánea relativamente ligera, el psoriasis por ejemplo; pero á partir de este dia se desarrolla una forma anatómica más grave, una rupia que, en adelante, va á servir de expresion á la diátesis. Así, pues, la rupia herpética existe y se encuentra en dos circunstancias diferentes: ó bien como manifestacion del principio herpético en un individuo cuya constitucion está empobrecida, ó como transformacion del herpes benigno en maligno bajo la influencia de un tratamiento mal dirigido, ó de una causa cualquiera

que haya producido un grave ataque á la salud general.

No ignoramos que en este punto estamos en discordancia con más de un dermatólogo. Hay pocas afecciones cutáneas que sean más controvertidas que la rupia. Así es que, no sólo el profesor Hardy no admite una rupia herpética, sino que no quiere ni áun reconocer á la rupia una existencia especial como entidad morbosa; le rehusa su autonomía y la confunde con el ectima, y no quiere ver en ella sino la forma más grave de esta última afeccion. El profesor Hébra participa de esta misma opinion y sostiene la misma tésis; no quiere reconocer la rupia como constituyendo una enfermedad de la piel particular, *sui generis*; la admite solamente como síntoma de la sífilis; para él, la rupia no es más que una *sifílide*, y la llama indistintamente *pénfigo sifilítico ó sífilis cutánea ampollosa*.

Hé aquí, por lo demas, cómo se expresa este autor:

«Mi intencion, al tratar en un capítulo separado el estado conocido con el nombre de *rupia*, no es en manera alguna la de sancionar la opinion vulgar de que existe una enfermedad no sifilítica de la piel que merezca esta calificacion. Para mí, por el contrario, no hay ninguna enfermedad de este género no específica, y todos los pretendidos ejemplos que se han publicado de ella deben recibir una denominacion diferente...» Y termina diciendo: «Es lógico considerar la rupia como una afeccion sifilítica; todos los pretendidos casos de rupia no sifilítica deben mirarse como idénticas al ectima, ó considerarlas, en el sentido de Lorry, simplemente como costras que pueden ser el resultado de diversas especies de úlceras.»

A pesar de la respetable autoridad de los profesores Hébra y Hardy, persistimos en afirmar la existencia de la rupia como individualidad morbosa, como una enfermedad de la piel especial, que tiene sus caractéres especiales, patognomónicos, que no pertenecen sino á ella, y por consiguiente, que debe conservar su autonomía y su denominacion propia de *rupia*. Persistimos además en sostener que en ciertos casos especiales, cuando la salud general ha sufrido graves ataques, ó bien

cuando una dermatósis es de naturaleza herpética, pero benigna por sí misma por las lesiones que la constituyen, como el eczema, por ejemplo, persistimos, digo, en sostener que esta dermatósis, cuando ha sufrido la influencia de la salud general deteriorada ó de un tratamiento local irritante é intempestivo, puede exasperarse, de *benigna* que era volverse *maligna*, y transformarse en una verdadera rupia; de tal suerte, que el principio herpético expresado primero por un eczema, es al fin representado por una rupia. Este es un hecho, no solamente lógico, sino tambien clínico y comprobado por nuestra observacion personal.

Hemos visto en el hospital de San Luis, sala de San Cárlos, número 44, un enfermo primitivamente atacado de eczema, y cuyo eczema, á consecuencia de fricciones irritantes, había sido transformado en un pénfigo, es decir, en una enfermedad mucho más grave en sí misma y relativamente *maligna*.

Hemos visto, en nuestra práctica civil, un hombre que vivía calle Baillif, núm. 9, y que estaba atacado de un eczema herpético fluente de las dos piernas, eczema de forma crónica, pero con frecuentes erupciones agudas y fluentes. Este enfermo, á pesar de nuestras instancias, se empeñó en tomar las aguas de Baréges, es decir, las aguas más fuertemente minerales, las más sulfurosas, y por consiguiente, las más excitantes de todos los Pirineos. En este caso, en que el tratamiento emoliente, el reposo absoluto, la posicion horizontal y las aplicaciones emolientes eran las únicas que estaban indicadas, fué nuestro enfermo sometido á las influencias excitantes y funestas de la fatiga de un largo viaje, del calor intenso del mes de Julio, de las condiciones poco higiénicas de una fonda y de la accion de las aguas tomadas en baños durante quince dias seguidos. El estado de los miembros inferiores no tardó en agravarse, al mismo tiempo que la salud general se deterioraba y que el apetito y el sueño se perdían. El enfermo sintió la necesidad de regresar á Paris, y cuando lo volvimos á ver, pudimos comprobar, en el lugar de su antiguo eczema, una rupia

que se había desarrollado en las dos piernas, y cuyas ulceraciones y costras patognomónicas se habían formado sobre las superficies primitivamente eczematosas.

Todas las teorías, todas las ideas preconcebidas, deben callar en presencia de hechos semejantes, que prueban que enfermedades de la piel primitivamente *benignas* pueden llegar á ser *malignas* bajo ciertas influencias, y que un eczema herpético, por ejemplo, puede degenerar y transformarse en pénfigo y áun en rupia.

Estamos, pues, autorizados para establecer en principio que, en casos raros, es cierto, pero incontestables, la diátesis herpética puede revestir un carácter anatomo-patológico más grave y presentarse bajo la forma de una rupia.

Rupia sifilítica.—Es necesario reconocer que, lo más frecuente, la rupia es la expresion de la sífilis, debiendo distinguir tambien dos casos: ya sobreviene entre las manifestaciones precoces de la enfermedad, y en este caso es la expresion más habitual de la sífilis maligna; ya, y este es el caso más frecuente, aparece como accidente ulceroso tardío, dos, tres años y á veces más del principio de la enfermedad.

Rupia escrofulosa.—En cuanto á la rupia escrofulosa, presenta la particularidad de que pertenece, por decirlo así, en propiedad á la edad adulta y á la vejez. Es extremadamente raro, en efecto, el encontrarla en la infancia, donde la escrófula ejerce principalmente su accion sobre el sistema ganglionar.

El estudio que acabamos de hacer espero que nos permitirá diferenciar con bastante facilidad la rupia de las afecciones que se la asemejan: estudiemos, pues, su diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DE LA RUPIA.

El *pénfigo* tiene por lesion inicial, lo mismo que la rupia, una ampolla; pero difiere notablemente en los dos casos por su contenido: el líquido es más ó ménos seroso en el primero, siendo, por el contrario, espeso y sanioso en el segundo. En cuanto á las fases ulteriores, no tienen entre sí ninguna analogía; la ampolla del pénfigo se deseca frecuentemente sin romperse y no da lugar en este caso, más que á una esfoliacion laminosa; ó bien cuando se rompe no deja más que pequeñas costras superficiales foliáceas, amarillentas y de una delgadez extrema, que no tienen nada de comun con las costras gruesas y negruzcas de la rupia.

El *ectima* no puede ser, en su primer período, confundido con la rupia, puesto que, en esta época, está representado por una pústula. Más tarde, cuando la costra está formada, la reconocereis siempre con bastante facilidad por los caractéres que siguen, de los cuales ninguno puede aplicarse á la costra de la rupia; en efecto, aquella es negra, seca y profundamente engastada en el dérmis. Además, la cicatriz en el ectima es superficial y apénas visible, miéntras que en la rupia es simple, profunda y del todo indeleble. Añadamos tambien que las lesiones de la rupia son infinitamente más graves que las del ectima; las ulceraciones del ectima tienen las mismas dimensiones que la pústula inicial, miéntras que las ulceraciones de la rupia se extienden en superficie y en profundidad y producen con frecuencia las más vastas y las más peligrosas destrucciones.

Me queda que hablaros de la *sifílide pústulo-crustácea* que, como sabeis, M. Hardy confunde con la rupia en una descripcion comun. Me es imposible, por mi parte, adoptar esta manera de ver. Yo pienso, en efecto, que estas afecciones tienen caractéres que les son propios, y que conviene conservarlas en el estado de entidades morbosas distintas. Me bastará referiros

brevemente estos caractéres para demostraros cuán diferentes son en ambos casos. Se designa con el nombre de sifílide pústulo-crustácea una lesion cutánea que pertenece al período terciario de la sífilis. Está constituida por una pústula á la cual sucede una ulceracion estrecha y seca, cubierta por una costra dura, prominente, á manera de cuerno, que deja á su caida una cicatriz superficial. En la rupia encontramos, por el contrario, una ulceracion más ancha y mucho más profunda, que produce una secrecion saniosa abundante, cubierta por una costra blanda, húmeda, ménos prominente, á la superficie de la cual es fácil de hacer salir por la presion algunas gotitas de pus, y que dan, por último, orígen á una cicatriz siempre profunda. Bien veis, por esta rápida reseña, que las diferencias son bastante marcadas para justificar la distincion que quiero mantener entre ambas afecciones.

Despues de haber hecho el diagnóstico de la rupia, considerada en sí misma y como género, quédanos que hacer el de las diversas naturalezas de esta afeccion.

Rupia caquéctica.—La forma anatómica tiene aquí cierta importancia. En efecto, siempre que encontreis la rupia simple ó la rupia escarótica, pensad en la caquexia: este diagnóstico será más probable aún si las lesiones ocupan los miembros inferiores, porque éste es el sitio predilecto de la rupia de esta naturaleza. Debereis además interrogar con cuidado los antecedentes del enfermo, inquirir las condiciones higiénicas en que ha vivido, los excesos que haya podido hacer y las enfermedades que haya padecido, porque el diagnóstico se hace, sobre todo en este caso, por exclusion.

Rupia herpética.—La historia de vuestro enfermo, el estudio de las condiciones en que se halla desarrollada la afeccion, os permitirán en este caso determinar su naturaleza. Sabreis entónces que la rupia ha sucedido á un eczema tratado por tópicos irritantes; ó bien que vuestro enfermo, atacado, de mucho tiempo ya, de una afeccion herpética bien caracterizada, ha visto, bajo la influencia de las causas que conoceis, alterarse

su salud general, que hasta entónces había permanecido buena, miéntras que el psoriasis ó el eczema que padecía, había cedido su lugar á una rupia. En semejantes condiciones podreis legítimamente decir que se trata de una rupia herpética. No olvidareis además que la simetría es uno de los grandes caractéres de las manifestaciones cutáneas del herpètismo y debereis, en estos casos, buscarla con cuidado.

De todos estos diagnósticos es, ciertamente, el más importante el de que vamos á tratar ahora, y que nos permite distinguir una de otra la *rupia sifilítica* y la *rupia escrofulosa*, diagnóstico generalmente fácil, pero que, con frecuencia tambien, presenta reales dificultades. No creo necesario deciros que es preciso, ante todo, interrogar con cuidado los antecedentes, someter á un exámen minucioso á vuestro enfermo, y tener en cuenta las demas lesiones que podais encontrar en él. Así es que las cicatrices características de la escrófula, con sus bridas salientes y sus adherencias profundas y los abscesos ganglionares, antiguos ó recientes, os serán de una utilidad incontestable. Llamo, sobre todo, vuestra atencion sobre los caractéres especiales que la rupia, por sí misma, toma á la diátesis de que procede.

En la escrófula encontrareis á su alrededor una zona de un color rojo vinoso especial, que falta absolutamente en la sífilis; de forma indeterminada, de contornos irregulares en la primera, es ordinariamente redondeada en la segunda. La costra sifilítica de coloracion negro-verdosa, comparable á la de bronce florentino, adquiere en general un gran espesor; la costra escrofulosa blanquecina, ó del todo negra, es ordinariamente mucho más delgada. La rupia sifilítica, por último, es esencialmente móvil, y cura en un punto para reproducirse en otro. La rupia escrofulosa, por el contrario, es fija y tenaz; persiste indefinidamente allí donde apareció al principio, y recorre las diversas fases de su evolucion. Además, como último carácter diferencial, posee generalmente dimensiones más considerables que en la sífilis.

PRONÓSTICO.

No creo enseñaros nada que os sorprenda, diciéndoos que el pronóstico de la rupia es de los más graves. Grave por el estado general de que es indicio; grave tambien por el hecho mismo de su presencia y por las consecuencias que entraña su evolucion. Cuando las ulceraciones que de ella resultan son numerosas, presentan todos los inconvenientes y todos los peligros de las vastas superficies en supuracion. Situadas en ciertas regiones del cuerpo, impiden los decúbitos, comprometiendo seriamente el reposo de los enfermos, y llegan á ser por sí mismas una nueva causa de debilitacion, de empobrecimiento y de dolores siempre intolerables.

TRATAMIENTO.

Entre los medios empleados contra la rupia, unos se dirigen á la lesion y otros á la causa que la ha dado orígen. Hay, pues, un tratamiento local y un tratamiento general.

1.° *Tratamiento local.*—La indicacion más comun que hay que llenar, es la de conservar la costra, que constituye para la ulceracion la mejor de todas las capas protectoras: inútil creo advertiros que las cataplasmas y los baños deberán ser severamente prohibidos. Existen, sin embargo, casos en los cuales debereis separaros de esta regla de conducta. Cuando la ulceracion da orígen á una abundante supuracion, afecta una marcha incesantemente invasora, y en este caso es urgente modificar directamente la superficie. Hareis entónces caer la costra por los medios apropiados, y llevareis sobre la úlcera, ya el nitrato de plata, ya la tintura de yodo, ya cualquier agente modificador aún más enérgico; ó bien la tratareis por tópicos ménos activos, como el vino aromático, el ungüento de estoraque, las raspaduras de patatas, las ruedas de limon, etc.

2.° *Tratamiento general.*—Como comprendeis, éste es-

tará subordinado al diagnóstico que hayais hecho; así es que, en la rupia caquéctica colocareis desde luégo al enfermo en las condiciones higiénicas opuestas á las que han alterado su constitucion; despues instituireis una medicacion tónica y reconstituyente cuyos principales agentes sean la quina, el hierro, los vinos generosos, la carne cruda, etc. Si se trata de la rupia herpética usareis primero estos mismos medios, y despues, tan luégo como el estado de las vías digestivas lo permita, administrareis el arsénico.

En cuanto á la sífilis, quiero preveniros contra un error terapéutico frecuentemente cometido con gran perjuicio de los enfermos. Muchos médicos se imaginan que una vez establecida la naturaleza sifilítica de la rupia, no hay más, para obtener la curacion, que instituir al momento una medicacion específica; y como con mucha frecuencia, en estos casos, el éxito engaña sus esperanzas, como la enfermedad, en vez de retroceder, hace nuevos progresos, aumentan las dósis, agravando de este modo el mal que ellos han hecho. La nutricion estaba comprometida cuando han comenzado el tratamiento: ahora no se verifica completa y el peligro es cada dia más urgente para el enfermo. Es necesario tener presente que un individuo caquéctico no soporta la medicacion mercurial y yodopotásica. Es esencial, ántes de emprender algo en este sentido, reanimar, por una higiene bien dirigida y por los medios terapéuticos apropiados, la nutricion que languidece. Despertad el apetito, estimulad las funciones del tubo digestivo, levantad las fuerzas de vuestro enfermo y entónces, pero sólo entónces, administrareis el mercurio y el yoduro de potasio, siempre á pequeñas dósis, una cucharada, á lo más dos por dia, del jarabe de Gibert. De este modo habreis arrojado la semilla en un terreno bien preparado, y no tardareis en recoger el fruto de vuestra sábia conducta y ver coronados vuestros esfuerzos de un éxito favorable y completo.

LECCION VEINTIOCHO.

Pénfigo.

Señores:

Dos enfermedades cutáneas reconocen la ampolla por lesion madre ó primitiva. Estas dos afecciones son la rupia y el pénfigo. El pénfigo es sobre todo la verdadera afeccion ampollosa; la ampolla del pénfigo es el tipo de la ampolla. Hemos visto que la ampolla de la rupia es fugaz, no dura nada; ocurre con ella lo que con las vexículas del eczema, las vexículas del herpes de las partes genitales y las pústulas del impétigo; su existencia es casi incomprobable por lo corta que es, de tal modo que el verdadero carácter de la rupia es ménos su ampolla inicial que su costra persistente, negruzca, gruesa, extratificada, como conchas de ostras, húmeda y saniosa, no habiendo otra afeccion que la presente análoga.

En el pénfigo, por el contrario, la ampolla se presenta con todos sus caractéres; es durable, persistente, se la puede ver, estudiarla con facilidad y de tal modo que ella es verdaderamente el carácter patognomónico de esta afeccion.

LESIONES ANATÓMICAS DEL PÉNFIGO.

La ampolla es, como recordareis, una elevacion epidérmica cuyo volúmen varía entre el de una lenteja hasta el de un huevo de pava.

La ampolla de la rupia, cuya duracion es tan corta, contiene un líquido sanioso, mezclado con pus y sangre. La del pénfigo,

por el contrario, encierra un líquido seroso, transparente, incoloro ó ligeramente cetrino. Este es el líquido contenido en la flictena de los vegigatorios ó en las de la quemadura.

El volúmen de las ampollas del pénfigo es variable, como ya hemos dicho; las hay pequeñas como lentejas y al lado de éstas se encuentran otras enormes, cuyo volúmen es igual al de un huevo, al de una manzana.

El número de las ampollas varía tanto como su volúmen; ya no existe más que una sola, ya, por el contrario, las hay en gran número; algunas veces están aisladas; otras son confluentes hasta tal punto, que varias pequeñas reunidas y comunicándose entre sí, despues de la rotura de sus paredes, constituyen una voluminosa.

Las ampollas se desarrollan en todas las partes del cuerpo; el pénfigo lo mismo; y no sólo en todas las regiones y en toda la extension de nuestro tegumento externo, sino tambien sobre las mucosas, en el orificio de las aberturas naturales, en los labios, en la vulva y en la entrada de la vagina; hasta se ha pretendido que los trastornos gastro-intestinales observados durante la evolucion del pénfigo, eran el resultado de la erupcion ampollosa que se había continuado á todo lo largo del tubo gastro-intestinal.

Las ampollas se desarrollan sobre una superficie eritematosa; la hoja epidérmica de esta superficie eritematosa se levanta á consecuencia de la secrecion serosa que se produce, y levantándose así constituye la ampolla, cuyo fondo descansa, por consiguiente, sobre una parte del dérmis congestionado ó inflamado. La ampolla no ocupa generalmente toda la extension de la superficie eritematosa sobre la cual se ha levantado; queda una zona, una especie de cordoncillo por su contorno exterior, lo que hace que se encuentre rodeada como de una aureola congestiva ó como de un anillo eritematoso.

La duracion de la ampolla es de cuatro á seis dias; es primero de una perfecta transparencia; pero en los dos ó tres últimos dias, el líquido traslúcido que contenía se enturbia y se

vuelve espeso y opalino; la serosidad se mezcla con glóbulos purulentos.

Este líquido puede ser absorbido sin que la ampolla se abra. En este caso la ampolla se marchita, se arruga, se aplasta: la hoja epidérmica que la forma, en vez de permanecer tensa, vuelve á caer, y cubre inmediatamente la superficie eritematosa que había producido la exhalacion serosa. Esta superficie está ligera y muy superficialmente ulcerada; esta ulceracion se cicatriza rápidamente, protegida como está por las paredes de la ampolla que se han aplicado sobre ella; y cuando estas paredes se desprenden y caen bajo la forma de laminillas epidérmicas, la ulceracion subyacente está ya cicatrizada.

Pero no siempre sucede de este modo: á veces la ampolla se rompe, y entónces el líquido que contenía, siendo vertido al exterior, se concreta y forma con los restos epidérmicos de la ampolla rota, una costra delgada, laminosa y amarillenta, que sólo persiste algunos dias. A veces la duracion de esta costra es suficiente para que la ulceracion dérmica tenga tiempo de cicatrizarse; y cuando la costra se desprende, se encuentra en el sitio que ocupaba una película cicatricial delgada y rojiza, cuya coloracion no tarda en aproximarse á la de la piel sana, de tal suerte, que no queda huella ni vestigio alguno de la ampolla del pénfigo. Otras veces la costra se desprende prematuramente dejando al descubierto la ulceracion, en cuya superficie se produce una secrecion húmeda sero-purulenta continua; una nueva costra se forma, seguida tambien de otra. El trabajo de secrecion morbosa continúa produciéndose en la superficie de la ulceracion; ésta se cubre de láminas epidérmicas, foliáceas, delgadas, blanquecinas, transparentes, frecuentemente muy extensas, semejantes á la corteza del álamo, sin adherencias al dérmis subyacente, del cual emanan, y del cual se desprenden por sí mismas para ser bien pronto reemplazadas por otras laminillas semejantes. Se produce en este sitio una abundante secrecion de epidérmis, que reemplaza á la secrecion serosa, que se esfolia y que constituye la varie-

dad de pénfigo, denominado por M. Hardy *pénfigo foliáceo*.

Este último período del pénfigo precede á la curacion, cuando el pénfigo cura, y entónces se ve disminuir progresivamente la secrecion epidérmica, hasta que al fin cesa absolutamente para dejar en su lugar un epidérmis normal, sano, que no conserva huella alguna del pénfigo curado. Hay en esto algo que recuerda la forma de eczema, llamada *eczema escamoso*.

Pero en casos ménos felices, la secrecion epidérmica continúa con una excesiva abundancia; se generaliza; las laminillas epidérmicas se desprenden, se esfolian tan luégo como son producidas, llenan la cama del enfermo, y hasta el suelo está cubierto de ellas alrededor de aquél; esta secrecion epidérmica tan abundante y tan continua, no tarda en debilitar al enfermo, en adelgazarle, en destruir sus fuerzas; las funciones fisiológicas de la piel, profundamente alteradas, engendran complicaciones interiores, ya por parte de las vías respiratorias, ya de las funciones digestivas; la fiebre éctica se presenta, aumenta aún más la debilidad, y el enfermo sucumbe. Para M. Hardy, este es siempre el *pénfigo foliáceo;* para M. Bazin es la *herpétide maligna esfoliatriz*, último término, degeneracion, expresion final, y la más grave de algunas dermatósis, del psoriasis y del pénfigo en particular.

DEFINICION DEL PÉNFIGO.

Tal es el pénfigo, considerado bajo el punto de vista de las lesiones anatómicas que lo constituyen. Podemos ahora definirle, diciendo con M. Baudot, «que se designa con el nombre de pénfigo una afeccion caracterizada, en su período de estado, por ampollas de un volúmen variable, desde el de un guisante pequeño al de una nuez gruesa, llenas de un líquido seroso que, despues de la rotura de las ampollas se concreta en costras foliáceas, que dejan tras sí escoriaciones superficiales ó simples máculas.» Añadamos: no seguidas de cicatrices.

FORMAS DEL PÉNFIGO.

El pénfigo reviste dos formas esencialmente distintas: la forma aguda y la forma crónica. En estas dos formas afecta una marcha, una duracion, una gravedad y unos síntomas tan diferentes, que pueden considerarse como constituyendo dos enfermedades diferentes. Bazin, siempre pródigo de la multiplicidad, de las divisiones y de las denominaciones, quiere tambien consagrar esta diferencia por dos nombres distintos: quiere que la palabra *pénfigo* se reserve exclusivamente para la forma aguda, y que la palabra *pempholix* designe la forma crónica. Veamos sucesivamente cada una de estas formas.

PÉNFIGO AGUDO.

Esta forma está admitida por casi todos los dermatólogos Rayer, Cazenave, Schedel y Devergie la describen llamándola *fiebre penfigoide* ó *penfigode*, ó *fiebre ampollosa*. M. Bazin la llama *pénfigo pirético* ó *pénfigo de pequeñas ampollas*, y la afeccion que él describe con el nombre de *hydroa ampulloso* no es más que una variante y la mira con razon como un *pseudo-exantema idiopático*. Hébra profesa una opinion absolutamente diferente. Rehusa el admitir el pénfigo agudo; se expresa con este motivo de una manera tan marcada como original: «No he tenido la suerte de encontrar un pénfigo que presente estos caractéres. No sólo no se me ha ofrecido ocasion entre los enfermos confiados á mis cuidados, cuyo número pasa hoy de 80.000, sino que tambien me apoyo en las experiencias de todos mis colegas de la ciudad, del Hospital general ó de otros establecimientos nosocomiales, durante un período de más de veinte años; lo que representa una cifra enorme de enfermos que puede valuarse en cerca de un millon. Pues bien, en este número yo no he observado aún un solo caso de pénfigo típico agudo, que tenga una marcha semejante á la de los exantemas.»

A pesar de la autoridad de Hébra y aunque nosotros estemos léjos de haber visto un número de enfermos tan considerable como él, admitimos, como una realidad incontestable, la existencia del pénfigo agudo, de acuerdo en esto con los dermatólogos franceses.

El pénfigo agudo es una verdadera fiebre eruptiva, una pirexia, una fiebre esencial; existe una fiebre penfigoide, como hemos visto, la fiebre eritematosa, la fiebre miliar y la fiebre herpética. Es rara, mucho ménos frecuente que las únicas fiebres eruptivas admitidas en otro tiempo, es decir, la viruela, la escarlatina y el sarampion, pero ella es tambien incontestable. Por lo que á nosotros toca, hemos observado algunos casos y particularmente uno hace muy poco tiempo y que ya hemos referido en nuestro artículo *Herpes*.

El pénfigo agudo está caracterizado por la erupcion en diferentes puntos del cuerpo, y en particular en los miembros inferiores, de ampollas cuyo volúmen varía entre el de una lenteja y el de una nuez; estas ampollas aparecen casi todas al mismo tiempo y de un solo brote. Han sido precedidas de accidentes generales prodrómicos, que han durado veinticuatro ó cuarenta y ocho horas y que han consistido en quebrantamiento de fuerzas, pérdida del apetito, estado saburral de las primeras vías digestivas y diarrea. Dolores, escozor, punzadas y una sensacion de calor y áun de quemadura se hacen sentir en los puntos donde debe producirse la erupcion, y cuando ésta se manifiesta, estos accidentes locales y generales sufren una notable disminucion; sin embargo, estos trastornos generales persisten durante todo el curso de la afeccion, que es de tres á cuatro semanas, influyendo principalmente sobre las vías digestivas; tendreis que luchar contra una anorexia, á veces completa, contra los vómitos, contra una diarrea serosa, abundante, colicuativa, que trae consigo una postracion muy pronunciada y una notable disminucion de fuerzas.

El pénfigo agudo se presenta por lo comun á consecuencia de fatigas ó de excesos que han empobrecido la sangre y dete-

riorado la constitucion. El pénfigo, áun en el estado agudo, implica siempre la idea de una debilidad general. Se le observa, sobre todo, en la primavera y tambien durante las temperaturas excesivas de frio y de calor, durante los grandes frios del invierno ó los grandes calores del estío, que ejercen siempre sobre la constitucion una influencia funesta é hipostenizante.

Pueden reconocerse, en la marcha y evolucion del pénfigo agudo, cuatro períodos:

El primer período *es un período prodrómico*; dura de uno á tres ó cuatro dias, y consiste en los accidentes generales que hemos mencionado. Si alguna cosa puede, durante su existencia, hacer presagiar la erupcion de un pénfigo, si este período prodrómico tiene, como el de la viruela, del sarampion y de la escarlatina, un carácter patognomónico especial, éste sería sin duda alguna la diarrea y la gran debilidad; la debilidad mucho más pronunciada que ninguna otra que se presente al principio de una pirexia, y la diarrea intensa, rebelde, que se ha querido explicar por la existencia de una erupcion penfigoide en la mucosa intestinal.

El segundo, *es un período eritematoso*; está caracterizado por la mancha congestiva inflamatoria, eritematosa, que precede á muchas enfermedades de la piel y que, en este caso, no tiene nada de especial; dura de uno á dos dias.

El tercero ó *período eruptivo*, está señalado por la aparicion de las ampollas; dura de cinco á seis dias.

El cuarto, que se le puede llamar indistintamente período de *desecacion*, período *costroso* ó de *esfoliacion*, está caracterizado por el espesamiento de la serosidad contenida en la ampolla; esta serosidad, de clara y transparente que era, se vuelve opalina y puriforme; se concreta formando una costra laminosa, delgada, amarillenta y persistente, bajo la cual continúa á veces la secrecion húmeda y bajo la cual tambien se opera el trabajo cicatricial; de suerte, que al desprenderse la costra deja sólo en su lugar una mancha pigmentaria que ter-

mina por borrarse sin que quede vestigio alguno cicatricial.

Tal es la marcha y tales son los síntomas del pénfigo agudo. Su pronóstico es generalmente favorable; se termina comunmente por la curacion, en el espacio de veinte á treinta dias, cuando reviste su forma más frecuente, que es la que acabamos de describir y que podríamos llamar *su forma benigna*.

Pero acontece en el pénfigo agudo lo que en la viruela, en la escarlatina, en el herpes zoster y en la erisipela; todas estas fiebres eruptivas se presentan frecuentemente bajo la forma que les es más comun y que cura generalmente. Pero ocurre tambien á veces que se mezcla en su evolucion y en sus lesiones anatómicas un carácter maligno que las hace excesivamente graves. Así es que hay una viruela negra ó hemorrágica, una erisipela gangrenosa, una escarlatina gangrenosa y un zona hemorrágico y gangrenoso. Hay del mismo modo un pénfigo agudo *hemorrágico* y *gangrenoso*, que constituye la *forma maligna* del pénfigo agudo ó de la fiebre penfigoide. Esta forma está caracterizada por accidentes generales muy graves: una excesiva postracion, inapetencia absoluta, piel seca, pulso pequeño y miserable y, en una palabra, por los trastornos generales más graves. Al mismo tiempo se observa que las ampollas, en lugar de contener un líquido seroso, transparente y límpido, encierran una serosidad negruzca que exhala un olor gangrenoso, y que la superficie del dérmis sobre que aquellas están desarrolladas está escarificada y no tarda en gangrenarse. Esta forma *maligna* de la fiebre penfigoide constituye un estado excesivamente grave; supone una alteracion profunda de la sangre, una especie de descomposicion de los líquidos, de envenenamiento general, una verdadera septicemia. La muerte es su consecuencia casi inevitable.

Hemos observado durante el último verano en el hospital de San Luis un caso de esta forma rara y grave de la fiebre penfigoide. Hé aquí la observacion tal cual ha sido recogida por mi interno M. Muzelier.

PÉNFIGO HEMORRÁGICO GANGRENOSO.

Dantzer, conserge, de 74 años de edad, entró el 10 de Julio de 1875 en la sala de San Cárlos, donde ocupó el núm. 45. Es un hombre de una constitucion robusta, casi atlética, que ha gozado durante toda su vida de una perfecta salud. En su profesion actual no ha sufrido privacion alguna ni tiene hábitos alcohólicos. No se encuentra en sus antecedentes hecho alguno que pueda explicar los accidentes que se desarrollan hoy. Hace algunos dias el enfermo había estado expuesto durante un tiempo bastante largo á la influencia de la humedad, siendo esta la única influencia etiológica que hemos podido encontrar. La afeccion actual comenzó hace cerca de diez dias por la aparicion de un *grano* que se presentó en la parte inferior de la pierna derecha; otros elementos eruptivos semejantes aparecieron sucesivamente los dias posteriores en la pierna derecha y casi al mismo tiempo en la izquierda. Hace sólo tres ó cuatro dias que sobre la mitad inferior del antebrazo y sobre la cara dorsal de las manos se ha formado una erupcion semejante; las partes enfermas han sido desde el principio asiento de una sensacion de comezon, de quemadura, muy atenuada hoy.

Estado actual.—La cara está pálida, el color de los tegumentos es amarillento, manifiestamente caquéctico. Los signos de *ancianidad* son poco manifiestos, como el *círculo senil* poco desarrollado. La auscultacion del corazon y los pulmones no revelan nada de anormal, únicamente se observa que los ruidos cardiacos están como apagados, el pulso es lento, filiforme y difícil de encontrar. Desde hace algun tiempo el enfermo experimenta una sensacion de sed continua y bastante viva; es la única particularidad que hemos notado en su estado general. En la cara dorsal de las manos, y particularmente en la cara dorsal de la muñeca derecha, existe cierto número de pústulas que recuerdan las del ectima por el círculo eritematoso que las rodea, pero que están ya marchitas y arrugadas.

Los *miembros inferiores* están más gravemente afectados. Hé aquí lo que en ellos se observa: en la cara anterior de las rodillas y en la mitad inferior de la cara posterior de los muslos están diseminadas cierto número de pústulas, que presentan caractéres absolutamente semejantes á los que hemos señalado en la cara dorsal de las manos. Cuanto más se aproximan á la parte inferior de las piernas, más confluentes son las lesiones. Estas lesiones consisten principalmente en placas de color moreno ó grisáceo, de dimensiones variables, unas del tamaño de una moneda de dos pesetas y otras grandes como una moneda de medio real; otras, en fin, presentan dimensiones intermedias entre las dos precedentes; unas están cubiértas de una simple laminilla epidérmica, levantada en forma de flictena por un líquido sero-sanguinolento de color negruzco; otras presentan la forma y el aspecto de las pústulas del ectima, con las particularidades siguientes: estas pústulas están rodeadas de una base rojo-negruzca, y presentan, en su parte central, una ancha mancha negra en forma de ombligo. En los alrededores de la region maleolar en particular, estas pústulas están mejor caracterizadas; la umbilicacion central es más ancha y presenta una coloracion negruzca que da á la pústula una semejanza muy grande con la de la viruela hemorrágica. En la misma region existen ampollas bastante voluminosas, de color negruzco, formadas por un líquido sero-sanguinolento que se ha escapado en parte y ha dejado sobre la piel costras de una coloracion negra muy notable. En ciertos puntos existen ulceraciones superficiales que resultan de la rotura y desprendimiento de las flictenas: todas estas partes son asiento de una tumefaccion edematosa que se acompaña de rubefaccion de los tegumentos y de dolor á la presion. La tumefaccion desaparece completamente encima de la rodilla. Apénas hay dolores espontáneos. El enfermo se queja sólo de una sensacion de quemadura y de comezon en las partes afectas.

El exámen de las orinas no revela huella alguna de albú-

mina. El exámen para comprobar la presencia del azúcar no ha sido hecho sino ulteriormente.

El tratamiento local consiste en cataplasmas de fécula de patatas: el miembro está colocado sobre un cojin elevado; al interior se le da vino de Burdeos y una pocion con extracto de quina.

14 *de Julio.*—Observamos los fenómenos siguientes: la tumefaccion y rubefaccion de los miembros inferiores han disminuido notablemente; la mayor parte de las pústulas están hundidas y marchitas, pero se les reconoce aún su umbilicacion central, que se presenta bajo el aspecto de una mancha negra; en el lugar de las ampollas existen ulceraciones circulares bastante profundas, cuyo fondo está cubierto de un detritus gangrenoso negruzco. No se observa huella alguna del nuevo brote eruptivo. El enfermo acusa un sentimiento de alivio muy pronunciado. Nada hay tampoco que notar por parte del estado general, sino ese tinte amarillo y caquéctico de los tegumentos, que se acentúa cada dia más.

15 *de Julio.*—Mejoría visible en las piernas. Hay en ellas tambien algunas ampollas, que están distendidas por una serosidad sanguinolenta. Las pústulas, de las cuales hemos seguido la desaparicion progresiva, se reconocen aún por su mancha central, pero están aplastadas, y, en su lugar, existen ulceraciones superficiales, redondeadas, de fondo negruzco. Desde el principio de su afeccion el enfermo no ha tenido hemorragia alguna. La auscultacion del corazon revela, en este dia, los fenómenos siguientes: los latidos son regulares, pero separados por largos intervalos; la impulsion cardiaca es extremadamente débil, los ruidos no tienen su claridad normal, son débiles y como de soplo. El pulso traduce, por su blandura, la debilidad de la impulsion cardiaca, las arterias no presentan al tacto señales de una degeneracion senil muy avanzada.

16 *de Julio.*—El estado local apénas presenta modificacion. En la cara dorsal de los piés se ha formado cierto número de

nuevas ampollas de color negro semejante á la tinta, llenas de un líquido sanguinolento. En el lugar de las antiguas ampollas y de las pústulas, se ven ulceraciones de forma circular ú oval, llenas en parte de escaras delgadas y negruzcas. Se continúa el uso de las cataplasmas de fécula; los miembros han permanecido elevados sobre cojines. Burdeos, extracto de quina, dos porciones.

18 *de Julio.*—En la cara dorsal de las manos existe una nueva erupcion de ampollas negras, de pequeña dimension, salientes y muy parecidas á granos de cañafístula. Existen igualmente en la cara dorsal de los piés ampollas de la misma forma, pero un poco más voluminosas. Se encuentra en la cara plantar dos ó tres ampollas bastante considerables. En fin, se nota en la cara anterior del muslo derecho la presencia de dos ó tres pústulas de ectima, de pequeña dimension, que son evidentemente de formacion muy reciente. El estado general permanece en apariencia satisfactorio; las escaras cuya existencia hemos señalado al nivel de las ulceraciones de los miembros inferiores, están actualmente en vías de desprenderse bajo la influencia de aplicaciones húmedas.

20 *de Julio.*—No ha habido nueva erupcion; todas las ampollas están aplastadas; la eliminacion de las escaras continúa, la facies del enfermo está cada dia más caquéctica, los tegumentos ofrecen un color amarillo pálido cada vez más pronunciado.—Pocion de Todd con 50 gramos de aguardiente.

En los dias siguientes no se observa cambio alguno notable en el estado del enfermo; la eliminacion de las escaras continúa; en varios puntos puede verse el fondo de las ulceraciones, granuloso y de un color de rosa vivo.

26 *de Julio.*—El estado local mejora, el edema de las piernas ha desaparecido; la mayor parte de las escaras están desprendidas; puede verse claramente la forma y la profundidad de las ulceraciones, de las cuales unas, de forma circular, mucho más profundas, corresponden á las pústulas de ectima, las otras superficiales, cubiertas en parte de restos epidérmicos,

representan la huella de las ampollas; el estado general no presenta apénas cambio; sin embargo, el enfermo tiene, al decir de los enfermeros, una gran voracidad por los alimentos; además experimenta una sed continua y bastante intensa.

30 *de Julio.*—El exámen de las orinas, reiterado en esta época, demuestra la presencia de cierta proporcion de glucosa. Esta proporcion no ha sido dosificada, no hay albúmina; la orina es de un color rojo oscuro, ligeramente sedimentoso.

31 *de Julio.*—Hubo en el dia de ayer una ligera epistaxis. Se observa un cambio notable en el estado de las partes enfermas, en la pierna izquierda; esta pierna está edematosa y presenta en sus dos tercios inferiores una coloracion inflamatoria de un color rojo intenso que se extiende hácia atras hasta el límite superior de la pantorrilla, donde se termina por una línea curva de convexidad superior; la piel está ligeramente tensa y dolorosa al tacto; en la cara interna de la rodilla existen algunas líneas de color rosa pálido, ligeramente dolorosas á la presion. Los ganglios crurales no están ni infartados ni sensibles; en la pierna derecha no existe nada de esto, tan sólo un poco de edema de la cara dorsal del pié y la region malcolar. No hay huellas de nueva erupcion; la eliminacion de las escaras continúa; facies caquéctica, tinte amarillo marcado de los tegumentos, tinte sub-ictérico de las conjuntivas; la lengua está negruzca y muy seca; no se nota complicacion alguna torácica hasta el presente.

2 *de Agosto.*—Debilidad cada vez más marcada en el enfermo, pulso pequeño y filiforme, impulsion cardiaca muy débil, ligero ruido de fuelle en la punta. El enfermo se queja hoy de dolores vivos en el brazo derecho, sed continua, anorexia, lengua seca y negruzca, dientes ligeramente fuliginosos. El exámen de las orinas hecho por medio de diversos reactivos, indica siempre la presencia de una notable cantidad de azúcar; la pierna izquierda está roja, tensa y dolorosa á la presion. Sin embargo, estos fenómenos no son tan marcados desde hace dos dias: no ha habido nuevas manifestaciones hemorrágicas.

5 *de Agosto.*—El estado caquéctico es cada vez más manifiesto; los tegumentos presentan un tinte amarillo pálido, la debilidad es excesiva; tinte ictérico de las conjuntivas. Muerte el 6 de Agosto á las cuatro de la mañana.

Autopsia.—El *cerebro* y la *médula* no han sido examinados.

Los *pulmones* están congestionados en una gran extension; aparte de esto, integridad completa de su tejido.

El *corazon* es muy voluminoso, dilatado, con una capa grasosa exterior muy gruesa. El *miocardio* presenta un color amarillento; la *válvula mitral* tiene sus dimensiones normales, pero existen á su alrededor algunos núcleos duros, correspondientes á núcleos de calcificacion. Las *válvulas sigmóideas* del orificio aórtico presentan núcleos duros y calcáreos al nivel de su borde libre. Se encuentran lesiones análogas en la *aorta torácica*, es decir, placas calcáreas que se desprenden claramente del fondo rojo oscuro de la membrana interna; la *arteria femoral* izquierda presenta lesiones del mismo género, es decir, placas ateromatosas y calcificadas, escalonadas de distancia en distancia en su pared interna.

PÉNFIGO CRÓNICO.

Este es el verdadero pénfigo, el más frecuente, el más comun. Esta es la forma bajo la cual lo ha descrito Willan, dándole el nombre de *pompholix diutinus*. Se presenta bajo esta forma con un gran número de variedades, de aspectos diferentes, de maneras de ser, que hacen difícil su descripcion.

Variedades del pénfigo.—Ya consiste en una erupcion de ampollas numerosas que se desarrollan á un mismo tiempo sobre todas las superficies que la enfermedad debe ocupar, constituyendo el *pénfigo simultáneo;* ya, por el contrario, las ampollas aparecen sucesivamente unas despues de otras, y frecuentemente separadas en su aparicion por intervalos irregulares de muchas semanas y áun de muchos meses, formando el *pénfigo sucesivo.*

Las ampollas pueden ser numerosas, unidas unas á otras: *pénfigo confluente*. Pueden, por el contrario, estar separadas unas de otras: *pénfigo discreto ó diseminado*. Puede tambien no existir más que una sola ampolla cada vez: *pénfigo solitario*.

Algunas veces procede el pénfigo por brotes que se reproducen con intermitencias casi regulares y periódicas: *pénfigo intermitente sucesivo*.

Cuando la lesion cutánea consiste, ménos en ampollas, que son poco numerosas—con frecuencia difíciles de observar—que en una secrecion epidérmica abundante que se produce incesantemente sobre una superficie dérmica cualquiera, desprendiéndose y esfoliándose bajo la forma de escamas blanquecinas, transparentes y arrolladas en sus bordes, constituye la variedad descrita por Cazenave y por el profesor Hardy, con el nombre de *pénfigo foliáceo*.

Cuando el estado general permanece bueno, la erupcion es poco abundante, las ampollas son poco voluminosas y la curacion se verifica progresivamente, forma entónces la variedad designada por Hébra, con el nombre de *pénfigo vulgar benigno*.

Cuando, por el contrario, el pénfigo se desarrolla en una salud general deteriorada, en una constitucion depauperada por los excesos, la miseria ó las enfermedades, se le llama *pénfigo caquéctico*.

Por último, si el pénfigo se presenta en los viejos, debilitados por la edad, se le denomina *pénfigo senil*. Si, por el contrario, se presenta en los niños de pecho, toma el nombre de *pénfigo infantil ó neo-natorum*.

Hébra designa tambien con el nombre de *pénfigo simulado* ó de *causa externa*, el que resulta de la aplicacion sobre la piel, de amoniaco, de polvos de cantáridas, de torvisco ó de agua hirviendo; el que es causado por la compresion de vestidos muy apretados, por el frote de calzados nuevos, duros y muy estrechos en una marcha prolongada; pero como él mis-

mo dice, éstas son más bien simples ampollas artificiales que un verdadero *pénfigo*.

M. Bazin describe un *pénfigo artrítico* que, por nuestra parte, no admitimos; pero reconocemos la existencia de un *pénfigo herpético*, de uno *sifilítico*, de uno *caquéctico*, y de otro *sintomático de la lepra*.

Tales son las principales variedades descritas por los autores en el pénfigo crónico; ó en otros términos: en el género pénfigo, porque, dejando á un lado el pénfigo agudo como una afeccion especial y del todo aparte, nosotros no llamarémos pénfigo más que aquel que reviste la forma crónica, y que, como ya hemos dicho, es el verdadero pénfigo. Existe tal diferencia, con respecto á su marcha, á su gravedad y á su terminacion entre el pénfigo agudo y el crónico, que M. Bazin, segun hemos indicado, ha propuesto reservar el nombre de *pénfigo* para la afeccion *ampollosa aguda*, y darle el de *pompholix* á la afeccion *ampollosa crónica*.

Empero cualquiera que sea la variedad bajo la cual se presente el *pénfigo* ó *pompholix*, la lesion anatómica que lo constituye es siempre la misma; es siempre la ampolla de que ya hemos hablado, la que hemos descrito al comenzar esta leccion y de la cual no tenemos necesidad de volver á ocuparnos.

DESARROLLO, DURACION, SÍNTOMAS, NATURALEZA Y TERMINACION DEL PÉNFIGO.

El pénfigo principia frecuentemente sin accidentes prodrómicos; aparece en medio de una salud bastante normal. El enfermo sólo advierte que lo está, cuando aparece la erupcion, que se produce ordinariamente sin trastornos generales. Va acompañada de una sensacion de prurito y de comezon en los puntos donde se han elevado las ampollas. Estas se desarrollan, como ya hemos dicho, sobre superficies primitivamente eritematosas. Algunas veces, sin embargo, aparecen sobre la

piel sana. Los miembros inferiores, las piernas y los muslos, son con frecuencia las partes invadidas; despues lo son los miembros superiores, la cara dorsal de las manos, los antebrazos y los brazos. El tronco es tambien por completo asiento del pénfigo, el cual gana á veces las mucosas exteriores. Así es que se ven ampollas de pénfigo en la boca, en el velo del paladar, en la faringe, en la cara interna del prepucio, en el glande, en la vulva, en la vagina y hasta en el cuello del útero. Preténdese tambien haberle observado en la mucosa intestinal, queriendo atribuir la frecuencia y la gravedad de los accidentes intestinales, de los cólicos y de la diarrea en el curso del pénfigo, á la existencia de estas ampollas intestinales. Cuando las ampollas se desarrollan en las mucosas, se rompen muy pronto, dejando tras ellas una ulceracion superficial exudante y una esfoliacion epitelial, que ha podido, en ciertos casos, hacer creer en la existencia de placas mucosas.

Cuando la erupcion tiene lugar en la parte posterior del tronco, en todas las regiones que están sujetas á presiones y á adherencias en el decúbito dorsal, las ampollas se rompen tambien prematuramente; el dérmis ulcerado queda al descubierto; y si las ulceraciones son numerosas, resultan, como consecuencia de ésto, dolores muy vivos, una molestia excesiva en todos los movimientos, una secrecion muy abundante, y por consiguiente un sentimiento de malestar y de impaciencia llevado á su más alto grado; fiebre, insomnio, inapetencia, y bien pronto una postracion precursora de la muerte.

El pénfigo *solitario* es raro; es decir, que rara vez consiste la erupcion en una sola ampolla; lo más comun es que haya varias, las cuales comienzan á aparecer en los miembros inferiores: se manifiestan por brotes sucesivos; el intervalo que separa estos brotes es más ó ménos considerable; unas veces aparece la segunda erupcion cuando la primera no ha tenido aún tiempo de apagarse, de desaparecer y de cicatrizarse completamente; y otras se pasan varias semanas entre la desaparicion de la primera y la manifestacion de la segunda, de tal

modo, que el enfermo ha podido creerse curado y al abrigo de toda nueva erupcion ulterior.

Los brotes no varían sólo por el intervalo que los separa, varían tambien por el número y las dimensiones de las ampollas que lo constituyen. En general cuanto más numerosas y más voluminosas son las ampollas, más grave es el caso; y cuanto más numerosos, abundantes y aproximados sean los brotes, más grave será el pronóstico.

Si veis en la evolucion de un pénfigo alejarse cada vez más las erupciones y producirse cada vez ampollas ménos numerosas y ménos voluminosas, podreis esperar la curacion; si, por el contrario, los brotes se multiplican, si las ampollas son cada vez más numerosas y más considerables, formad, por esta causa, un pronóstico funesto.

Existen enfermedades de la piel cuya existencia implica siempre un estado general en malas condiciones; estas están ligadas á una constitucion fatigada, deteriorada, á una alteracion de la sangre. Esto acontece con la *púrpura*, que consiste en manchas hemáticas, resultantes de una extravasacion sanguínea; la sangre, alterada en su naturaleza, desfibrinada, se filtra á traves de las mallas de los vasos, que son impotentes para retenerla, y se distiende en la trama celular, bajo la forma de manchas de una extension variable. Esto acontece tambien con el ectima, en su forma más grave, en la que hemos llamado *ectima caquéctico*; y esto ocurre sobre todo con la *rupia* que anuncia siempre, cualquiera que sea su forma, un grado más ó ménos avanzado y más ó ménos pronunciado de debilidad general, de degradacion de fuerzas, de empobrecimiento de la sangre.

El pénfigo es una de estas enfermedades: cualquiera que sea su forma, es siempre por sí sólo, por el sólo hecho de su existencia, el síntoma de un estado caquéctico; con frecuencia es pura y exclusivamente caquéctico. Indica una sola cosa, á saber: que la constitucion está más ó ménos profundamente atacada en su fuerza, en su vitalidad. Así es que el pénfigo que

hemos denominado *caquéctico* es el más frecuente, el más comun. Le vereis en todas las edades de la vida; en el recien nacido mal habitado, mal nutrido, mal cuidado; en los individuos debilitados por los excesos, por las enfermedades, por las privaciones, por una mala higiene; los vereis en los viejos debilitados por la edad y en la decrepitud senil.

El *pénfigo caquéctico* comienza ordinariamente por producir una sola ampolla; cuando la primera deja de existir se presenta una segunda. El pénfigo es, en este caso, á la vez *solitario* y *sucesivo*. Pero los nuevos brotes se hacen más abundantes y en vez de una sola ampolla, como al principio de la enfermedad, se ven aparecer un número más ó ménos considerable de aquellas; y se ve igualmente que la dimension de las ampollas aumenta progresivamente con su número. Su asiento más comun, se encuentra en los miembros inferiores.

El *pénfigo herpético* ó *dartroso* constituye un *herpétide maligna*. Sin duda alguna es la manifestacion de la diátesis herpética; pero si bien es cierto que es el síntoma de esta diátesis, no lo es ménos que existe al mismo tiempo que un estado general caquéctico. Recordad lo que hemos dicho de la *rupia herpética* y cómo la hemos explicado. La misma explicacion conviene en un todo al pénfigo herpético. Está caracterizado por una erupcion de ampollas redondeadas, cuyo volúmen varía desde el de una avellana hasta el de un huevo de gallina y á veces hasta el de uno de pava. Estas ampollas están llenas de un líquido cetrino, claro y transparente: se desarrollan por brotes sucesivos y se terminan por la formacion de costras delgadas y foliáceas.

Al cabo de cuatro, cinco ó seis dias, las ampollas se aplastan, ya por la rotura del epidérmis, ya por la absorcion del líquido, cubriéndose entónces de costras laminosas, delgadas y foliáceas, costras suministradas por un doble elemento: un elemento húmedo concretado, que tiende á ser cada vez ménos abundante y que, en un momento dado, desaparece completamente; y un elemento epidérmico, producto de una secrecion

morbosa, que en un principio existe al mismo tiempo que el elemento húmedo, y que termina por sustituirlo completamente, de suerte que las costras apénas si están constituidas más que por el epidérmis. Esta secrecion epidérmica se produce incesantemente en las superficies ocupadas primitivamente por las ampollas; las laminillas que la constituyen se adhieren débilmente al dérmis por uno solo de sus lados; en el resto de su extension, se separan unas de otras, se rompen, se esfolian y se desprenden, como se desprenden las hojas de la corteza de ciertos árboles, del álamo blanco, por ejemplo.

Esta esfoliacion constituye para el pénfigo herpético un nuevo período, un período *escamoso* que sucede al período *ampolloso;* existe unas veces solo, sin mezcla alguna de ampollas, y otras con algunas ampollas raras, que aparecen de tarde en tarde en medio de una abundante secrecion epidérmica esfoliada, como para afirmar que se trata de un pénfigo. Este período de escamas y de esfoliacion se continúa durante un tiempo indeterminado; dura meses, y áun años, y tiene casi siempre una terminacion fatal. Ha sido descrito por M. Cazenave primero, y despues por M. Hardy, con el nombre de *pénfigo foliáceo.*

Pero cuando toda secrecion ampollosa ha cesado, cuando no hay absolutamente más que una secrecion epidérmica seca, cuando esta secrecion epidérmica está generalizada hasta el punto de ocupar toda la extension del cuerpo, sin dejar el menor intervalo, el menor espacio de piel sana, entónces hay evidentemente otra afeccion, una afeccion nueva, nacida del pénfigo, pero que no presenta los caractéres de éste, y que por consiguiente no es un pénfigo.

Esta afeccion nueva, á la cual M. Hardy quiere, sin razon, dejar el nombre de *pénfigo foliáceo*, ha sido designada, con razon, por M. Bazin, con el nombre de *herpétide maligna esfoliatriz*, de la cual nos ocuparemos en la próxima conferencia.

La *herpétide maligna esfoliatriz* es, pues, una de las ter-

minaciones, y como una degeneracion del pénfigo herpético.

El *pénfigo sifilítico*, ¿existe en el adulto? Ni M. Hardy, ni Bazin, ni Hébra, le mencionan como una de las lesiones cutáneas sintomáticas de la sífilis; no citan un solo caso; por lo que á nosotros toca, no le hemos visto nunca bien auténtico, y por consiguiente lo ponemos en duda. Pero en los niños nacidos de padres sifilíticos se encuentran ampollas de pénfigo ocupando la palma de las manos, las plantas de los piés y los contornos de los órganos genitales. Estas ampollas existen de consuno con el coriza sifilítico y con las placas mucosas; pero, ¿son estas ampollas *una* lesion sifilítica por su naturaleza, ó son la expresion de una caquexia, resultante de la sífilis congénita? Esta es una cuestion bien difícil de dilucidar. Lo cierto es que siempre ha sido considerada como de naturaleza sifilítica la existencia de ampollas de pénfigo en los recien nacidos, y como caracterizando en ellos la sífilis congénita.

El *pénfigo leproso* (leproide ampollosa) se caracteriza por los accidentes, por las lesiones y trastornos funcionales patognomónicos de la lepra, tales como la anestesia cutánea y las anchas placas amarillo-cobrizas. Pero ¿existe en este caso el pénfigo *como formando parte de la lepra*, ó es tan sólo *la simple expresion de la caquexia, de que es orígen la lepra*?

Hemos dicho que el pénfigo se presenta por lo comun sin que la salud general parezca sensiblemente atacada. Con frecuencia, nada cambia en el estado del enfermo; las ampollas se presentan, recorren los diferentes períodos de su evolucion, desaparecen y son en seguida reemplazadas por otras ampollas; los brotes se suceden así durante un tiempo á veces muy largo, sin que la constitucion parezca sufrir. Apénas si se manifiesta algun escozor, algunas sensaciones de quemadura en los puntos ocupados por las ampollas.

Pero, al cabo de cierto tiempo, la escena cambia; las erupciones son más aproximadas, las ampollas más numerosas y más voluminosas, y áun suponiendo que no suceda así, que las ampollas conserven su volúmen primitivo y que no se

multipliquen más, la persistencia de la erupcion ampollosa, de la secrecion serosa ó sero-purulenta y de la secrecion epidérmica, todas estas condiciones reunidas acaban por imprimir á la salud general un grado de debilidad, cuyos progresos son más ó ménos rápidos y más ó ménos pronunciados.

Recordemos que el pénfigo está siempre ligado á cierto grado de caquexia, de alteracion constitucional, de empobrecimiento general; porque ¿no veis que esta secrecion incesante del líquido contenido en las ampollas y despues exhalado á la superficie de los puntos que aquellas ocupaban, va á ser una nueva causa de debilidad? ¿No veis que esta produccion tan abundante de epidérmis, que se esfolia y se desprende incesantemente á consecuencia de la abertura de las ampollas, va á ser un nuevo principio de consuncion para una constitucion ya fatigada? De suerte que el pénfigo, producido por un estado caquéctico, no tarda en aumentar esta caquexia, de la cual es manifestacion.

Pero no es esto todo: las ampollas, al multiplicarse, concluyen por invadir casi toda la extension del cuerpo, y cuando se abren, la mayor parte de la piel está ocupada por las ulceraciones que cubrían. Estas ulceraciones, al contacto del aire, á los frotamientos ejercidos por los vestidos, por las ropas del lecho, se hacen dolorosísimas, se inflaman; bajo la influencia de esta inflamacion, segregan un líquido sero-purulento abundante, y despues escamas epidérmicas numerosas. A la extenuacion resultante de esta doble secrecion viene, pues, á añadirse el dolor, un dolor incesante, una sensacion de calor, de escozor, de quemadura, de desgarramiento, que se produce por el hecho del peso del cuerpo sobre las partes enfermas y de las adherencias, que se destruyen á los menores movimientos.

No os será difícil comprender que cuando las cosas llegan á este estado, toda esperanza de curacion está perdida; el apetito está abolido, el sueño es imposible, la fiebre héctica aparece, la lengua se seca, la postracion es extrema y el enfermo no tarda mucho en extinguirse en el marasmo.

Pero hay más aún: las funciones fisiológicas de la piel se encuentran abolidas; el dérmis desprovisto de su hoja epidérmica protectora, está al descubierto en una ancha superficie; resultan de esto frecuentes metástasis ó por lo ménos frecuentes fenómenos morbosos en las mucosas bronquiales y gastro-intestinales, bronquitis graves, disnea, sofocacion, una anorexia completa, una diarrea incoercible, que vienen á unirse á todas las demas causas de extenuacion y á precipitar la terminacion fatal.

Tal es la marcha más comun y tal es la terminacion más frecuente del pénfigo.

PRONÓSTICO DEL PÉNFIGO.

Formareis, pues, del pénfigo un pronóstico siempre grave. El pronóstico será grave porque el sólo hecho de su existencia supone ya un grado de caquexia, ó por lo ménos de predisposicion funesta; será grave, además, porque la evolucion del pénfigo, los accidentes y complicaciones que él entraña, tienen por efecto constante desarrollar, agravar y activar en su marcha la caquexia que le había dado orígen.

La muerte es, pues, la terminacion más comun del pénfigo: llega más ó ménos tarde, pero siempre llega.

Hay, sin embargo, casos de curacion; estos están indicados por la disminucion de la intensidad de la erupcion, por la disminucion del volúmen y del número de las ampollas, por la separacion cada vez más considerable de las erupciones y tambien por un estado satisfactorio de la salud general; pero, lo repetimos, los casos de curacion son raros.

TRATAMIENTO DEL PÉNFIGO.

Siendo el pénfigo agudo una pirexia, el tratamiento que debereis instituir para combatirlo será el de las fiebres eruptivas. Así, pues, durante el período prodrómico, si hay estado saburral, dad un vomitivo; éste estará indicado por el estado de las

vías digestivas. Los vomitivos producen, como sabeis, un estímulo sobre la piel por los esfuerzos de los vómitos que determinan; son diaforéticos, y por esta razon están indicados para favorecer la erupcion.

Cuando la erupcion se ha producido, evitad que el enfermo se rasque, por miedo de que las ampollas, violentamente abiertas por la accion de las uñas, den lugar á ulceraciones y á inflamaciones dérmicas cuyo dolor vendría á ser una verdadera complicacion.

Cuando la erupcion está en su período de declinacion, dad uno ó dos purgantes salinos; si en la evolucion de la enfermedad la fiebre ha sido intensa, tened al enfermo á media dieta y dadle medicamentos atemperantes, bebidas emolientes, laxantes y diuréticas.

Nada hay, pues, de especial por lo que concierne á la medicacion del pénfigo agudo, que abandonado á sí mismo, curaría él sólo.

Hemos dicho que el verdadero pénfigo es el *pompholix diutinus* de Willan. Este es el que constituye una afeccion eminentemente grave, crónica, de una duracion indeterminada, que entraña siempre los mayores peligros y que se termina frecuentemente por la muerte. Este es, pues, contra el que será necesario obrar con una medicacion sábiamente deducida de la naturaleza de la enfermedad, de sus lesiones anatómicas y de sus síntomas.

Si consultamos á Hébra nos confesará que no conoce ninguna manera de curar el pénfigo por remedios internos. Para él todo el tratamiento debe ser local ó externo; cuida tan sólo la lesion anatómica, es decir, la ampolla. El medio que preconiza, el que le ha dado los mejores resultados son, nos dice, los *baños simples continuos*, prolongados sin interrupcion noche y dia durante meses enteros. Hace forrar un baño de cubiertas de lana; coloca en él una almohada de pelo de caballo; y hace renovar el agua por un aparato especial. El enfermo es instalado en el baño lo más confortablemente posible, noche y

dia, sin salir de él más que el tiempo estrictamente necesario para el cumplimiento de las funciones alvinas, permaneciendo en él durante más de *tres meses consecutivos*.» «Yo puedo citar, nos dice este profesor, uno de mis enfermos que comenzó por permanecer cien dias y cien noches sin interrupcion en el baño, exceptuando solamente el tiempo necesario á sus funciones alvinas. Nueve meses despues se declaró una recidiva, volvio entónces á sus baños y permaneció en ellos de nuevo continuamente otros cien dias y cien noches. Curó completamente del pénfigo.»

Hébra refiere otras observaciones de curacion de pénfigo obtenida por este medio. Confiesa que estos baños continuos y prolongados no siempre han producido buen resultado; pero afirma que, por lo ménos, siempre atenúan los dolores y que en ningun caso han sido perjudiciales.

M. Bazin participa del escepticismo de Hébra relativamente al valor de un tratamiento interno cualquiera para el pénfigo crónico: «La medicacion antiherpética, dice, ha fracasado en el tratamiento de los pénfigos herpéticos que hemos observado. Las preparaciones arsenicales no sólo no han producido buenos resultados, sino que con frecuencia han ocasionado trastornos gástricos ó fenómenos cutáneos que han obligado á suspender el medicamento... Es necesario, pues, generalmente limitarse á un tratamiento basado en los síntomas.» Como medios locales, M. Bazin, á ejemplo de M. Devergie, propone los polvos secantes, absorbentes y aisladores de almidon, de casca de madera vieja, etc.

Desgraciadamente no estamos nosotros más avanzados que MM. Hébra, Bazin y Devergie; no conocemos un tratamiento curativo para el pénfigo; el arsénico, tan útil cuando se trata de la mayor parte de las dermatosis, es mal soportado; provoca dolores gástricos, cólicos y diarrea; esta falta de tolerancia es debida á las complicaciones gastro-intestinales, tan habituales en el pénfigo. Es necesario, pues, renunciar al empleo del arsénico.

Si pues no puede esperarse curar el pénfigo en la mayoría de casos, es necesario, por lo ménos, esforzarse en retardar lo más posible su terminacion fatal; por lo tanto, hé aquí las indicaciones que nos parece más importante llenar, y hé aquí, al mismo tiempo, los medios que nos parecen mejores.

1.° *Tratamiento interno.* — El pénfigo crónico es siempre una enfermedad *caquéctica*, un síntoma de caquexia; luégo será preciso administrar los tónicos, los reconstituyentes; una alimentacion tan suculenta como sea posible; carne cruda, carnes á medio asar, vinos generosos, tánnicos, vino de quina, infusiones de cuasi amarga, de quina, etc.; ferruginosos, aguas minerales tónicas, tales como las aguas de la Bauche, de Orezza, etc.

El pénfigo crónico está habitualmente unido á trastornos gastro-intestinales, que quitan el apetito, y contribuyen á la extenuacion de los enfermos por la diarrea de que son causa. Por lo tanto, será necesario prestar mucha atencion á las funciones digestivas, evitar, con el mayor cuidado, todo lo que pueda sobrecargar ó irritar el estómago y el intestino, ya sean medicamentos, ya alimentos. Será preciso sostener las funciones digestivas por

El elixir estomático amargo de Stonghton,

dando de él, en la cuarta parte de un vaso de agua fria, una cucharada pequeña, ántes de cada comida, ó bien por la estrignina, segun esta fórmula:

Agua destilada.....	120 gramos.
Sulfato de estrignina.....	2 centigramos.
Jarabe de menta.....	30 gramos

dando de ella una cucharada de sopa al principio de cada comida, ó bien en una cucharada de agua dos gotas de la

Tintura amarga de Baumé.

Si hay conatos de diarrea se harán tomar, ya al principio,

ya al fin de cada comida, en una cucharada de agua, dos gotas de

Láudano de Sydenham,

con ó sin sub-nitrato de bismuto. En una palabra, sostener, reconstituir al enfermo, dirigiendo bien los órganos digestivos y combatiendo bien los accidentes que en ellos pueden producirse. La misma vigilancia deberá ejercerse sobre las vías y funciones respiratorias, porque las complicaciones del pénfigo no son raras en estos órganos, y éstas no son ménos temibles que las que tienen lugar en las vías digestivas.

2.° *Tratamiento externo.* — Las indicaciones que hay que llenar por parte de la piel enferma son las siguientes: evitar cuanto sea posible todo lo que pueda romper las ampollas, porque una vez rotas, las partes dérmicas que cubrían sufren el contacto irritante del aire, de los vestidos y de las piezas de la cura. Bajo la influencia de esta irritacion la secrecion seropurulenta continua, se prolonga y aumenta, al mismo tiempo que se producen vivos dolores, que son la consecuencia de los contactos imposibles de evitar con los vestidos, el lecho ó los puntos que soportan el peso del cuerpo. Por consiguiente, no se prescribirán ni baños ni cataplasmas. Las aplicaciones de polvos de MM. Devergie y Bazin no llenan, sino imperfectamente, esta importante indicacion; los polvos se caen, dejan al descubierto las partes sobre que habían sido aplicados, forman grumos que llegan á ser como pequeños cuerpos contundentes para las partes dérmicas denudadas, con las cuales están en contacto.

Los baños prolongados durante dos, tres meses y áun más, propuestos por Hébra, son de un empleo difícil, en la clientela particular sobre todo; por lo demas no estamos convencidos de su inocuidad; creemos que los enfermos deben concluir por experimentar en ellos un sentimiento grande de malestar, y que deben encontrarse muy débiles. Nosotros hemos podido comprobar en el tratamiento de ciertas enfermedades mentales

el efecto hipostenizante de los baños prolongados; porque, cuando el enfermo está ya debilitado por su pénfigo, el tenerle sumergido en un baño templado un tiempo tan largo, es evidentemente someterle á una nueva causa de debilitacion. A pesar de la autoridad de Hébra, nosotros no podemos aprobar este tratamiento, por lo ménos de una manera tan exclusiva.

M. Hillairet, nuestro colega en el hospital de San Luis, ha tenido la idea de aplicar al pénfigo la envoltura de algodon, preconizada por M. Alfonso Guerin, para las heridas y los diversos traumatismos. Este es un medio ingenioso, sencillo, fácil, que nos da buenos resultados, y que os recomiendo.

Nosotros aplicamos sobre todas las superficies cubiertas por las ampollas hojas de algodon, y las mantenemos sobre ellas con vendas. Estas hojas forman cojinetes blandos, elásticos, que disminuyen los contactos y hacen soportables las presiones para las partes ulceradas, preservan estas partes de toda irritacion procedente del exterior; por consiguiente, favorecen su cicatrizacion y tienden á sujetar su secrecion morbosa, tan debilitante para el enfermo. Puede aplicarse el algodon solo y dejarlo aplicado de manera que se verifique una verdadera cura por oclusion, ó se puede tambien empapar este algodon en el linimento oleo-calcáreo, como se hace en el tratamiento de las quemaduras. Tal es el mejor tratamiento externo que conocemos para el pénfigo; os lo recomendamos como el ménos imperfecto de todos.

LECCION VEINTINUEVE.

Herpétide maligna esfoliatriz.

Señores:

La afeccion que será objeto de esta conferencia, no es completamente nueva para vosotros. Cuando, no há mucho, hemos estudiado juntos el psoriásis y el pénfigo, os dije que una de sus terminaciones posibles, pero afortunadamente rara, era la herpétide maligna esfoliatriz. Despues de aquel dia, ha entrado en mis salas un enfermo atacado de esta terrible expresion de la diátesis herpética, y he aprovechado esta ocasion para presentaros uno de los más notables ejemplos.

La herpétide esfoliatriz ha sido señalada como entidad morbosa por M. Bazin; su existencia está léjos de ser admitida por todos los dermatólogos. M. Hardy no la admite. Por mi parte, si me habeis oido varias veces combatir las opiniones del eminente defensor del artritismo, experimento hoy una verdadera satisfaccion al declarar que en este punto soy completamente de su opinion.

Con el nombre de herpétide maligna esfoliatriz, M. Bazin ha designado una enfermedad de la piel, de naturaleza herpética, notable por su generalizacion y caracterizada por la produccion de innumerables laminillas epidérmicas que se desprenden incesantemente de la superficie cutánea. Bajo el punto de vista anatómico, el elemento esencial es, pues, aquí, la *esfoliacion* del epidérmis. Ésta se efectúa por fragmentos de

anchura variable, siempre muy delgados, y que han sido comparados con más ó ménos exactitud á las telas de cebolla ó á las cortezas del álamo blanco. La produccion de estas laminillas es continua; apénas formadas algunas, son expelidas al exterior por una nueva capa, que bien pronto pierde sus débiles adherencias para caer á su vez. Por debajo de ellas la piel está reluciente, roja, de una notable sequedad, á veces; sin embargo, está húmeda, é incompletamente protegida por una capa de epidérmis de una transparencia perfecta, en razon de su extrema delgadez. Pero no vayais á buscar alguna otra lesion elemental, una vexícula ó una pápula, por ejemplo, porque no la encontrareis; la esfoliacion epidérmica permanece siendo el único carácter anatómico de la afeccion.

El epíteto de maligna está muy bien justificado, como pronto veremos, por su resistencia habitual á todos los esfuerzos de la terapéutica y por los numerosos peligros á que expone á los enfermos.

En cuanto á su naturaleza herpética, es fácil encontrar la prueba en las condiciones más habituales de su desarrollo. Aparece en este caso como una manifestacion tardía y de la mayor gravedad del herpetismo, en la cual vienen á parar, para confundirse, las diversas afecciones cutáneas, que son la expresion comun de esta diátesis.

Ha llegado el momento de presentaros nuestro enfermo, cuya historia voy á trazaros rápidamente.

Este individuo ha vivido, hasta la edad de 36 años, exento de toda afeccion cutánea. En esta época, de la cual hace quince años, fué atacado de un psoriásis que, comenzando por el cuero cabelludo, invadió despues los codos y las rodillas, acabó por generalizarse, y durante once años siguió su marcha habitual. Pero hace cuatro años la escena cambió rápidamente de aspecto, y la herpétide esfoliatriz hizo por primera vez en él su aparicion. Esta primera fase esfoliatriz duró cinco ó seis semanas, al cabo de las cuales el psoriásis recobró todos sus derechos hasta el momento en que, hácia el 15 de Abril últi-

mo, fué de nuevo desposeido de ellos. Hoy veis la afeccion en su estado de completo desarrollo. No hay un solo punto del cuerpo que no esté de ella atacado. Los piés, las manos y la cara están cubiertos de esas mismas escamas finas y anchas, arrolladas en sus bordes, que veis á cada instante desprenderse de la superficie de los miembros y del tronco. Sólo el cuero cabelludo está todavía cubierto de escamas gruesas, imbricadas, adherentes, último vestigio del psoriásis que precedió á la manifestacion actual. Para que podais formaros una idea de la abundancia de la secrecion epidérmica, he hecho conservar en este lienzo los despojos de toda una noche. Pues bien: á pesar de la enorme pérdida que el enfermo ha sufrido, sus recursos epiteliales están léjos de agotarse, y le veis á cada instante dejar sobre el pavimento la huella de su paso. Este hombre se despoja á sí mismo, pierde y siembra su epidérmis á su alrededor, como ciertos árboles, los álamos y los plátanos, por ejemplo, pierden su corteza.

Pero no es esto todo; es necesario ahora que fijeis muy especialmente vuestra atencion en otro punto del cuadro. Si el estado local es grave, el estado general lo es tambien, siendo, en definitiva, más urgente el peligro por esta causa. Bajo la influencia de esta esfoliacion epidérmica incesante, que lleva ya dos meses de duracion, las fuerzas han disminuido rápidamente, el enflaquecimiento ha hecho temibles progresos, el apetito se ha perdido. Este individuo tiene 51 años, y sin embargo, su aspecto es el de un viejo extenuado; la voz es débil, las piernas no pueden sostenerlo y es necesario ayudarle para que vuelva á su sala. La caquexia marcha á grandes pasos y amenaza acarrear la muerte en un término muy breve, si no nos prevenimos para detener sus progresos.

Acabais de ver la afeccion en su período de estado, al mismo tiempo que la historia del enfermo os hacía conocer las condiciones etiológicas más comunes. Ya es tiempo de considerar la cuestion bajo un punto de vista más general y de examinar á la vez el conjunto de los casos particulares.

La herpétide esfoliatriz puede ser *primitiva*, pero este es un hecho bastante raro. Siendo primitiva se observa que, en algunos dias, en un individuo exento hasta entónces de toda afeccion cutánea, toma orígen la esfoliacion epidérmica, se desarrolla y se generaliza sin ser precedida de otra lesion elemental característica. Parece que el vicio dartroso ha adquirido de repente, en este caso, una actividad y una intensidad excepcionales; de la misma manera que puede verse en algunas ocasiones á la sífilis, apénas introducida en la economía, manifestar desde luégo su presencia por lesiones ulcerosas de la piel, y llegar á ser, en el primer acceso, una sífilis maligna. La herpétide esfoliatriz es, lo más frecuentemente, consecutiva. La diátesis de que procede se traduce, en un principio, en la superficie de la piel por una de sus manifestaciones habituales: por una pitiriasis, por un eczema, ó con mayor frecuencia por un psoriásis. Estas afecciones siguen su marcha ordinaria durante largo tiempo, y, á medida que su duracion aumenta, tienden más y más á generalizarse. Despues, en un momento dado, los caractéres de la erupcion se modifican hasta el punto de hacerla desconocida; ya no hay psoriásis, ni eczema, ni pitiriásis; una nueva erupcion ha tomado orígen; la misma en todos los casos, cualquiera que sea el tipo de la afeccion primitiva: esta es la herpétide esfoliatriz.

En cuanto á la manera de producirse esta transformacion, es de las más sencillas. Las escamas furfuráceas de la pitiriásis se ensanchan y se producen en mayor número. La secrecion húmeda del eczema se seca y sus pequeñas costras son reemplazadas por los anchas laminillas que acabais de ver. Esta es, por lo demas, una variedad del eczema, el eczema lividum, cuyas escamas difieren poco de las de la herpétide esfoliatriz. En el psoriásis sus escamas se adelgazan, cesan de ser imbricadas, pierden su adherencia al mismo tiempo que las pápulas que cubren desaparecen poco á poco.

Existe una cuarta afeccion que puede dar orígen á la herpétide esfoliatriz, y es el pénfigo. La transformacion se opera en

este caso por un mecanismo análogo: la secrecion sero-purulenta se suprime, miéntras que la esfoliacion epidérmica persiste sola, habiendo desaparecido en un momento dado las ampollas características.

Poco tendré que deciros del diagnóstico: es en general de los más fáciles. Nunca confundireis estas escamas, por decirlo así, patognomónicas, finas, anchas, con frecuencia arrolladas por sus bordes, que se desprenden fácilmente y caen por sí mismas, con las escamas adherentes, gruesas, imbricadas del psoriásis, con las pequeñas costras del eczema ó con las finas y pulverulentas laminillas de la pitiriásis.

En cuanto á las otras lesiones elementales, vexículas, pápulas, etc., basta decir que nunca se las encuentra en la herpétide esfoliatriz.

Hay una segunda parte del diagnóstico, que tiene tambien su importancia, pero que es tambien generalmente fácil; y es la que trata de determinar á qué afeccion sucede la fase esfoliatriz. En el período de estado tendreis siempre por guía el estudio de los conmemorativos; y un interrogatorio bien dirigido os permitirá en la mayoría de casos fijar vuestro juicio. Si, por el contrario, llegais al principio de la transformacion, un exámen atento del enfermo os hará necesariamente descubrir algun punto del cuerpo donde la afeccion primitiva haya conservado todos sus caractéres.

Hemos terminado el estudio de los fenómenos locales; pero, ántes de abordar el pronóstico, debo deciros algunas palabras de los fenómenos generales concomitantes y de las complicaciones posibles, porque de ambas cosas depende el porvenir del enfermo. La secrecion epidérmica está desviada de su tipo normal; la secrecion de las glándulas de la piel está, por decirlo así, abolida, y es imposible, como comprendereis, que este estado se prolongue largo tiempo sin gran perjuicio de toda la economía. En efecto, tarde ó temprano sobrevienen fenómenos graves semejantes en un todo á los que habeis podido comprobar en nuestro enfermo. El enflaquecimiento co-

mienza, lâs fuerzas disminuyen, el apetito se pierde y sobreviene el insomnio: poco despues se desarrolla la fiebre héctica y el paciente muere en el marasmo.

Pero no es esto todo, y el capítulo de las complicaciones nacidas bajo la influencia de la lesion cutánea es muy extenso y lleno de amenazantes eventualidades. Los productos de la perspiracion cutánea, suprimida por el hecho de la existencia de esta lesion, buscan, por decirlo así, otra vía de eliminacion; en tanto que el dérmis, mal garantido por una capa epidérmica reciente, está más sensible á las variaciones atmosféricas. De este modo se encuentra creada una predisposicion permanente á determinaciones morbosas de más de un género. Unas, de marcha lenta, impiden el ejercicio de los órganos, ó bien aumentan las pérdidas, numerosas ya, que cada dia sufre la economía: tales son las diarreas serosas, las hidropesías, los edemas; otras, de evolucion rápida, como el catarro sofocante, por ejemplo, pueden en pocos dias hacer sucumbir al enfermo.

Ya lo veis, el cuadro es de los más sombríos, el pronóstico de los más graves, porque, áun admitiendo que el enfermo escape á un primer ataque de la afeccion, está amenazado, en un próximo término, de un nuevo ataque comunmente mucho más grave que el primero. La herpétide esfoliatriz puede ser considerada como la expresion más acentuada de la diátesis herpética, y cuando ésta ha tomado de tal manera posesion de la economía, es muy raro que pueda evadirse de ella. Tal es la regla; pero, sin embargo, hay excepciones. Se encuentran, en efecto, enfermos en los cuales, una vez conjurada la borrasca, toma la afeccion primitiva sus caractéres habituales, compatibles no sólo con la vida, sino tambien con un estado general satisfactorio; pudiendo tambien quedar emplazada indefinidamente la vuelta de los accidentes. Confesareis que esto es una verdadera curacion, y yo he tenido hace algunos años la satisfaccion de verla efectuarse en un caso. Se trataba de una herpétide esfoliatriz consecutiva á un psoriásis inveterado,

y el ataque fué de los más graves. Sin embargo, gracias á los medios que pronto os indicaré y gracias sobre todo á las condiciones higiénicas excepcionales en las cuales fué colocado mi enfermo, la esfoliacion desapareció y aquel volvió á recobrar su salud perdida.

Cuatro años han pasado despues de esta curacion; el psoriásis ha vuelto á tomar su aspecto habitual; la salud general es excelente y nada puede hacer presagiar nuevos accidentes. Tales remisiones llevan consigo su enseñanza; nosotros deberemos siempre tenerlas presentes, cuando, ante casos semejantes, tratemos de emitir un pronóstico y de establecer un tratamiento; y entónces, recordando las palabras de Récamier, «nuestros condenados á muerte recorrerán las calles,» nos guardaremos bien de considerar tales enfermos como sentenciados sin apelacion y fatalmente á la muerte. Un pronóstico tan absoluto conducirá lógicamente á la inaccion, y el médico no tiene aquí el derecho de confesarse vencido de antemano. Lucharemos, pues, contra la enfermedad con poca esperanza en la curacion, es cierto; pero siempre estableceremos un tratamiento. Este tratamiento es lo que me queda que daros á conocer.

El estado general domina la escena morbosa; á él, pues, debeis dirigiros primero. El enfermo está profundamente debilitado, las funciones digestivas están perturbadas ó lánguidas; por consiguiente debeis poner todo vuestro cuidado en levantar las fuerzas y en estimular el apetito. Dareis la estrignina, los amargos, las preparaciones de hierro y quina y las aguas minerales naturales gaseosas y ferruginosas. En la alimentacion los vinos generosos, el vino de Champagne en particular, la carne cruda y á medio asar, encontrarán su indicacion. Se me olvidaba decir que colocareis vuestro enfermo en las mejores condiciones higiénicas posibles, no le economizareis ni sol ni aire, al mismo tiempo que velareis con un cuidado escrupuloso para preservarle de las menores variaciones de temperatura.

Cuando con ayuda de estos diferentes medios combinados segun las circunstancias, hayais conseguido reanimar un tanto vuestro enfermo, y cuando, sobre todo, las funciones digestivas hayan tomado su actividad normal, podreis pensar en dirigiros más directamente á la causa de la afeccion, instituyendo la medicacion arsenical. Pero no vayais á fundar en este agente terapéutico grandes esperanzas, por lo ménos en la mayoría de los casos. Muy frecuentemente vuestro enfermo habrá tomado cantidades considerables de él y las nuevas dósis serán mal soportadas ó quedarán sin efecto. Algunas veces, sin embargo, el arsénico, administrado solo ó en union con otros analépticos, os dará buenos é incontestables resultados.

Quédame por indicaros el tratamiento local. Aquí hay un escollo que es necesario evitar con el mayor cuidado. Toda tentativa de medicacion sustitutiva, todo tópico irritante, debe desterrarse de una manera absoluta. Os contentareis, pues, en un principio, con lubrificar esta piel que está seca, y sustituir con una especie de barniz protector la capa epidérmica que falta: la glicerina y el glicerolado de almidon llenarán perfectamente este doble objeto. Sólo despues, cuando la secrecion epidérmica tienda á disminuir, procurareis modificar poco á poco la superficie cutánea con la ayuda de preparaciones astringentes, tales como un glicerolado que contenga una ligera proporcion de tanino. Al mismo tiempo prescribireis los baños cuya naturaleza podreis variar: ya almidonados, ya aromáticos; tendreis buen cuidado de excluir los sulfurosos, en razon de sus propiedades irritantes.

Empleando estos diferentes medios no tendreis evidentemente la pretension de curar radicalmente á vuestro enfermo, pero por lo ménos tendreis la certeza de haberle suministrado las mejores armas que puede utilizar en la lucha que sostiene contra la enfermedad.

Esta leccion, recogida por M. Gombault, nuestro interno entónces, data del mes de Junio de 1874. El enfermo que yo presenté entónces nos ofrecia un ejemplo de herpétide maligna

esfoliatriz en su máximun de intensidad, en su más alto grado de desarrollo.

Segun ya hemos establecido y demostrado, esta herpétide tuvo su punto de partida en un psoriáris, del cual no era más que una degeneracion, y nosotros pudimos seguir en ciertos puntos del cuerpo, y en particular en la frente y en la cara, la transformacion progresiva del psoriásis en herpétide esfoliatriz; nosotros vimos las superficies dérmicas papulosas, engruesadas, debilitarse y desaparecer, nivelándose con la piel vecina, que ya á su vez estaba enferma y que presentando en toda su extension una misma superficie sin elevaciones, de un color uniforme, de un rojo moreno oscuro y cubierta por todas partes de escamas. Comprobamos que estas escamas habían dejado de ser, como en el psoriásis, adherentes al dérmis subyacente y adherentes entre sí, de tal manera, que formaban capas espesas, superpuestas é imbricadas. Las vimos adelgazarse, hacerse laminosas, unifoliáceas, transparentes, perder sus adherencias con el dérmis, no tener con él más que un sólo punto de contacto, llegar á ser en cierto modo flotantes en la superficie de todo el tegumento externo, desprenderse por sí mismas en cantidades considerables y reproducirse continuamente por una secrecion morbosa é incesante del dérmis, siempre seco y sin más secrecion que la epidérmica.

Con el objeto de modificar la inervacion y la vitalidad del dérmis, tan profundamente alteradas, con el fin de volverle su flexibilidad y su humedad y de hacer volver las secreciones sudorales y sebáceas absolutamente suprimidas, hicimos friccionar todo el cuerpo dos veces por dia, ya con glicerolado de almidon puro, ya con este mismo glicerolado conteniendo diez por ciento de tanino. Al mismo tiempo prescribimos baños emolientes, que contenían una gran cantidad de almidon cocido transformado en gelatina que se diluía en ellos; estos baños los alternábamos con baños alcalinos que tenian en disolucion de 4 á 500 gramos de subcarbonato de sosa, ligeramente excitantes y detersivos. Al mismo tiempo sometimos al enfer-

mo al régimen alimenticio más reparador; le hacíamos tomar todos los dias de 200 á 250 gramos de carne cruda, á más de la cantidad de carne cocida reglamentaria; le dimos vino de quina, de genciana y de Burdeos, agua de Spa, y añadimos á este régimen dietético, tan tónico como es posible, el extracto de quina (de 3 á 4 gramos por dia en pocion); el jarabe de proto-yoduro de hierro (una cucharada grande en cada comida), y arsénico, ya en solucion, ya bajo la forma pilular. Levantamos, excitamos de tiempo en tiempo las fuerzas y las digestiones por la estrignina, tomada en la forma siguiente: inmediatamente ántes de cada una de las tres comidas una cucharada grande de esta pocion:

Agua destilada.....	120 gramos.
Sulfato de estrignina.....	2 centigramos.
Jarabe de menta.....	30 gramos.

Bajo la doble influencia de este tratamiento externo y de este tratamiento general, tuvimos la satisfaccion de ver desaparecer con bastante rapidez la secrecion escamosa epidérmica; las escamas se hicieron ménos abundantes y ménos anchas; su esfoliacion se producía en cantidad cada vez ménos considerable, hasta que cesó completamente y fué reemplazada por la hojilla epidérmica normal persistente y adherente. Esta transformacion de la piel se operó y se hizo completa, perfecta y durable en el espacio de tres meses.

Al mismo tiempo el estado general se mejoró progresivamente; las fuerzas volvieron, el enfermo no experimentaba ya más que una sensacion continua de frio que le obligaba á estar constantemente abrigado; su apetito era bueno; engruesó y las funciones intestinales se regularizaron. Podía ser considerado como curado en el mes de Setiembre. Nosotros le conservamos en la clínica á partir de esta época durante cinco meses, temiendo siempre ver reaparecer, si no la herpétide esfoliatriz, por lo ménos el psoriásis inicial, porque este es uno de los modos de terminacion de la herpétide maligna esfoliatriz.

En ciertos casos mata al enfermo; ella le hace perecer, ya de marasmo y de extenuacion, ya por las complicaciones viscerales que provoca, ó bien sufre una feliz transformacion en sentido inverso del que le había dado orígen; si comenzó por ser un psoriásis, se rehace sobre el curso fatal que entrañaba el enfermo, vuelve á ser un psoriásis; es decir, que pierde sus caractéres *malignos* para continuar bajo su forma primitiva relativamente benigna, ó bien en fin, puede curar pura y simplemente sin dejar huellas; este último es, por desgracia, el caso más raro, y este ha sido el de nuestro enfermo.

Durante cinco meses, pues, á partir desde el momento en que habíamos podido considerarle como curado, le hemos conservado en la sala de San Cárlos, á nuestra vista, bajo nuestra observacion diaria, sin observar la menor huella de recidiva, la menor secrecion epidérmica viciosa. Al cabo de este tiempo, es decir, en el mes de Febrero de 1875, dejó nuestra clínica, y despues de un año no hemos aún tenido noticias de él, lo que nos autoriza á creer que la curacion no ha sido desmentida, porque el enfermo nos había prometido volver al menor signo funesto.

En el mes de Noviembre del mismo año (1874), recibimos en la sala de Enrique IV una mujer atacada tambien de herpétide maligna esfoliatriz.

Los caractéres de esta afeccion estaban tan marcados, que era imposible la menor duda, relativamente á la calificacion que debía darse á la enfermedad; era, incontestablemente, una herpétide maligna esfoliatriz: el cuerpo entero estaba cubierto de escamas anchas, blancas, foliáceas, que se desprendían por sí mismas, formando una capa gruesa en el lecho, sembrando el suelo alrededor de la enferma, y dándole, por su generalizacion y por su blancura, el aspecto y la fisonomía de un *pierrot*.

Miéntras que en el enfermo de la sala de Sala de Cárlos las escamas se desprendían de un dérmis siempre perfectamente seco, se encontraba, por el contrario, en esta mujer, que la

capa dérmica subyacente estaba húmeda y había una ligera cantidad de exudacion, se descubría tambien, de trecho en trecho, una pequeña ampolla ó algunos fragmentos de ampolla; y ella refería que ántes de tener el cuerpo cubierto de escamas, tenía en él ampollas diseminadas y llenas de líquido.

Estos datos, unidos á algunas ampollas y á la humedad que notamos en el dérmis, no nos dejaron duda alguna acerca de la existencia primitiva del pénfigo. Teníamos allí un pénfigo degenerado en herpétide maligna esfoliatriz, ó lo que es lo mismo, una herpétide esfoliatriz consecutiva á un pénfigo.

Las huellas de ampollas que habíamos comprobado á la entrada de la enferma en el hospital, desaparecieron; la erupcion ampollosa no se renovó; la escamosa persistió únicamente haciéndose cada vez más abundante, cada vez más característica. Ya no había, pues, un pénfigo, porque la lesion madre de éste, la ampolla, no existía ya, porque ésta había sido reemplazada por un elemento morboso nuevo, la escama epidérmica, produciéndose incesantemente de repente, generalizándose é invadiendo todo el cuerpo. Había, pues, en este caso, una enfermedad nueva, que tenía sus caractéres particulares, su fisonomía especial; nosotros encontramos aquí exactamente la misma afeccion, la misma produccion epidérmica, la misma esfoliacion que en nuestro enfermo de la sala de San Cárlos. En el primer enfermo pudimos seguir la transformacion de un psoriásis en una herpétide esfoliatriz; vimos nacer del psoriásis la herpétide esfoliatriz, del mismo modo que en la segunda enferma la hemos visto proceder del pénfigo. La lesion epidérmica es absolutamente la misma en los dos casos; sólo que en el primero, el dérmis permanece siempre seco como el psoriásis que le había dado orígen; en el segundo caso, por el contrario, guarda cierto grado de humedad, como para indicar que la enfermedad nueva ha nacido de una enfermedad primitiva de secrecion húmeda, á la cual se une por su orígen.

Este segundo caso de herpétide esfoliatriz fué notable por

los accidentes generales y los trastornos funcionales, más graves que en el primer caso. Tuvimos constantemente que luchar contra desórdenes gastro-intestinales que alternaban con desórdenes respiratorios. Ninguna medicacion interna pudo ser soportada á causa de una diarrea continua, ó que reaparecía sin cesar, que alternaba con un catarro bronquial abundante. Encontramos en estos accidentes viscerales las complicaciones y las metástasis habituales del pénfigo. Estos desórdenes internos, unidos á la humedad del dérmis, nos indicaban el orígen de esta segunda herpétide esfoliatriz, de la misma manera que, en el primer caso, la sequedad absoluta del dérmis nos recordaba el psoriásis de que era orígen.

Por lo tanto, basándonos en estos dos casos de una misma enfermedad, procediendo de dos causas diferentes, podemos establecer en principio: que si la herpétide maligna esfoliatriz es siempre por sí misma sumamente grave; que si ella es siempre, cualquiera que sea su procedencia, la expresion del herpetismo en su mayor intensidad y en su más alto grado de gravedad, parece ser mucho más grave aún, si posible es, cuando procede de una enfermedad primitiva, *maligna de suyo*, como el pénfigo.

El profesor Hébra, que nos ha hecho el honor de devolvernos, en el hospital de San Luis, la visita que nosotros le habíamos hecho algunos años ántes en el Gran Hospital de Viena, tuvo á bien ver con nosotros esta enferma. Reconoció, como nosotros, la existencia de una herpétide esfoliatriz procedente de un pénfigo. «En Viena, nos dijo, no hubiera titubeado en tratarla por el baño continuo prolongado.» Nosotros hemos dado nuestra opinion, al tratar del *Pénfigo*, sobre estos baños prolongados durante meses enteros; hemos dicho por qué no podemos adoptarlos; así es que, á pesar del consejo de nuestro eminente colega, no pudimos decidirnos á emplearlos. Nuestra enferma, en efecto, había llegado al último grado de la demacracion y del marasmo; estaba extenuada por los accidentes pulmonares é intestinales, á los que sucumbió al año de

estar en nuestra clínica. Hé aquí, como complemento, la observacion recogida por mi interno M. Muzelier.

HERPÉTIDE MALIGNA ESFOLIATRIZ.

La enferma objeto de esta observacion entró en nuestra clínica el 24 de Noviembre de 1874, y ocupó la cama núm. 52 de la sala de Enrique IV.

El interrogatorio de esta mujer ha sido negativo con respecto á los accidentes hereditarios. Ningun miembro de su familia ha sido atacado de afeccion análoga á la que ella presentaba. En sus propios antecedentes no se encuentra huella alguna de enfermedad cutánea anterior. Tampoco hemos conseguido tener datos precisos sobre las circunstancias relativas al modo de empezar la enfermedad. Parece, sin embargo, cierto que la lesion inicial era un pénfigo; tenía aún ampollas muy perceptibles el dia que entró en el hospital. Al cabo de cierto tiempo las ampollas desaparecieron, y quedaron en su lugar escamas abundantes. Desde su aparicion, el pénfigo se generalizó; invadió rápidamente toda la superficie cutánea, el tronco, los miembros y la cabeza. Al principio el tratamiento local consistió simplemente en aspersiones de polvos de almidon, medio cuyo empleo fué continuado hasta la época en que se recurrió á la envoltura de algodon. A principios del año 1875 la enferma presentaba los fenómenos siguientes: estaba muy delgada y visiblemente débil; pero no presentaba ningun otro trastorno notable en su salud: las funciones digestivas se efectuaban normalmente. La piel, en toda su extension, estaba cubierta de escamas blancas ó grises, muy anchas en ciertos puntos, en el tronco y los miembros, y un poco más pequeñas en la cara y cuero cabelludo; estas escamas se levantaban con facilidad, y cuando se desprendían por sus bordes dejaban al descubierto una superficie dérmica rojiza, viscosa, húmeda, que recuerda bastante bien el aspecto de esa capa profunda del epidérmis que se ha designado con el nombre de *cuerpo*

mucoso de Malpighi. La formacion de estas escamas era muy activa. Cada mañana formaban una capa espesa en las sábanas. Ese revestimiento escamoso daba al enfermo un aspecto extraño, y especialmente la cara, con su capa blanquecina, recordaba la fisonomía de ese tipo popular que se conoce con el nombre de *pierrot*. Agreguemos á esto que las partes enfermas eran asiento de comezones bastante vivas que presentaban además remisiones y exacerbaciones.

Se instituyó contra la lesion cutánea un tratamiento muy sencillo. Ya hemos dicho que primero se emplearon las aspersiones de polvos de almidon y que despues se recurrió á la envoltura con el algodon. El uso de este medio se prolongó durante varios meses.

Al interior se emplearon medicamentos tónicos y alterantes: arseniato de sosa, vino de quina y jarabe de yoduro de hierro. Además se prescribió vino y una buena alimentacion.

El estado de la enferma permaneció estacionario durante la mayor parte del año 1875; á partir del mes de Junio fué suprimida la envoltura de algodon por juzgarla inútil: tan sólo se espolvorearon las partes con polvos de almidon. Se volvió otra vez al uso del algodon, y este último medio fué reemplazado á su vez por unturas con el linimento oleo-calcáreo, cuyo uso se continuó durante el mes de Octubre. En esta última fecha la enferma presentaba el aspecto siguiente: demacracion excesivamente pronunciada, la debilidad progresiva habia llegado ya á un grado extremo; las producciones escamosas eran muy abundantes, tanto como al principio de la enfermedad: las escamas ofrecen los mismos caractéres de coloracion, de finura y extension que en los primeros tiempos de la enfermedad. Debajo de éstas, el dérmis está siempre rojo, viscoso, doloroso al tacto y al contacto del aire; las comezones son algo ménos vivas que al principio.

En los últimos dias de Octubre se declaró una diarrea abundante, la que persistió hasta el dia de la muerte.

El dia 1.º de Noviembre se observó una espectoracion abun-

dante y espesa. Los esputos estaban coloreados por la presencia de cierta cantidad de sangre. Los dias precedentes se quejaba la enferma de un dolor en el lado derecho del pecho. Por la auscultacion se notó solamente ligera disminucion en la intensidad del murmullo vexicular; la diarrea persistía muy abundante. La enferma murió el 7 de Noviembre de 1875.

Autopsia.—1.° *Cerebro.* No fué examinado.

2.° *Corazon.* Las válvulas y los orificios están sanos; el tejido cardiaco presenta un aspecto graso y descolorido al corte.

3.° *Pulmones.*—La pleura derecha presenta las señales de una inflamacion reciente; la pared torácica de este lado está cubierta de falsas membranas delgadas, húmedas, verdosas y de formacion reciente. En la parte media de la cara anterior del pulmon derecho, existe una pequeña placa de pleuresia reciente, por debajo de la cual el tejido pulmonar presenta un ligero grado de induracion.

Por lo demas, los pulmones ofrecen un aspecto del todo normal, salvo un poco de congestion en las dos bases y hácia atras.

4.° *Abdómen.* El hídago, bastante voluminoso, presenta placas anémicas decoroladas en su superficie; el corte de este órgano denota una transformacion grasienta avanzada; los riñones están ligeramente congestionados, pero tienen su volúmen normal; en ninguno de estos órganos la tintura de yodo demuestra la reaccion característica de la degeneracion amiloidea.

LECCION TREINTA.

Prurigo.—Liquen.

Señores:

Se designa con el nombre de *prurigo* una afeccion cutánea, de forma crónica, caracterizada por pápulas aisladas, discretas, de ancha base, voluminosas, coronadas en su vértice por un coágulo negruzco y que dan lugar á una sensacion dolorosa especial, de intensidad variable, que se llama *prurito*.

Las dermatósis que hemos estudiado hasta aquí, consideradas relativamente á las diversas secreciones que producen, pueden colocarse en dos categorías bien distintas y perfectamente marcadas: unas, como el *psoriásis*, la *pitiriásis*, la *ictiose* y la *herpétide maligna esfoliatriz*, tienen una secrecion seca; producen, bajo diferente forma, en cantidad variable y con síntomas generales diversos, una misma sustancia sólida, seca, sin mezcla de húmeda y que es el epidérmis enfermo.

Las otras son, por el contrario, afecciones de secrecion húmeda, cuya naturaleza varía: en la *miliar* es una serosidad diáfana, clara, cristalina, semejante á las gotas de rocío; en el *eczema y el herpes* es una serosidad pura y transparente primero, pero despues opalina y puriforme; en el *impétigo*, es un pus parecido á la miel, de la cual tiene el color, la consistencia y el aspecto; es un pus grisáceo en el *ectima*, ó amarillento en el *acné* y el *sicósis*, que permanece encerrado en la pústula que lo contiene, ó se transforma en costras de aspectos diversos como en estas tres últimas afecciones. Cualquiera que

sea, repetimos, la naturaleza de esta secrecion, es siempre húmeda y el producto es siempre un líquido.

Habreis podido comprobar cuán natural es la gran division de las enfermedades de la piel, que establecí en una de mis primeras lecciones: *en enfermedades de secreciones secas* y *en enfermedades de secreciones húmedas*.

¿En cuál de estas dos divisiones colocaremos el prurigo? Él está caracterizado anatomo-patológicamente por pápulas. Pero ¿qué es una pápula? Es una elevacion llena y no de líquido, de volúmen variable, pero que nunca excede del de una cabeza de alfiler, y constituida por la hipertrofia de las papilas del dérmis.

Pero si en su constitucion anatómica todo es seco y sólido, el prurigo no podrá sin embargo colocarse al lado del psoriásis, de la pitiriásis, de la ictiose y de la herpétide esfoliatriz, en el grupo de las enfermedades de secrecion seca; todas estas afecciones, en efecto, son *segregantes*, producen en cantidad variable un epidérmis diversamente alterado y desnaturalizado. El prurigo, por el contrario, no produce nada; no da lugar á secrecion alguna y no es asiento de ningun trabajo de proliferacion. Es una afeccion estéril é infecunda por sí; aparece y queda en un *statu quo* inmutable y permanente. Así, pues, el prurigo debe ser colocado en la division de las enfermedades *no segregantes*.

Estudiémosle desde luégo relativamente á las lesiones anatómicas que lo constituyen.

LESIONES ANATÓMICAS.

La lesion madre del prurigo es una pápula. Esta pápula es un punto del dérmis hipertrofiado. Este punto del dérmis hipertrofiado es una papila sensitiva. En realidad, pues, lo que constituye el prurigo es la hipertrofia del cuerpo papilar sensitivo, y como el cuerpo papilar sensitivo del dérmis es el asiento y el órgano de la sensibilidad, estando hipertrofiada y

alterada en su testura esta parte del cuerpo papilar, la sensibilidad de que es asiento se encontrará alterada, estará sobreexcitada y se producirá el fenómeno dolor. Cada pápula del prurigo nos representa una especie de pequeño neuroma, es decir, un pequeño tumor sólido, desarrollado, no como los verdaderos neuromas en el trayecto de un nervio, sino en la extremidad misma de este nervio, en el punto donde vienen á concluir sus ramas terminales, en una palabra, en la papila del dérmis, en la cual terminan los ramúsculos nerviosos y alrededor de la cual se arrollan al terminar.

Esta no es la opinion de Hébra. Este autor cree que «cada pápula del prurigo está formada de una coleccion de líquido en las capas más profundas del epidérmis y de la elevacion consecutiva de sus capas más superficiales, de suerte que la estructura de la pápula tiene mucha analogía con una vexícula; no difiere de ésta más que por la pequeña cantidad de líquido que contiene y por el mayor espesor de sus paredes.»

Hébra explica el dolor, que es uno de sus caractéres más constantes del prurigo, por la existencia de esta secrecion líquida en el seno de la pápula. «No creo sea difícil de afirmar, dice, que la gota de blastema, exudada en condicion defectuosa ó en cantidad anormal que constituye el contenido de una pápula de prurigo, obrará como un irritante continuo sobre los nervios de la papila y producirá una comezon constante: del mismo modo que, en otro caso, una mayor cantidad de líquido exudado presione más fuertemente sobre el dérmis subyacente y no dé lugar á la sensacion de comezon, pero sí á la de dolor.»

No podemos adoptar la opinion del célebre dermatólogo de Viena por dos razones: la primera, porque nunca hemos podido ver esta pretendida secrecion líquida en las capas más profundas del epidérmis, nunca la hemos encontrado; la segunda, porque si, como dice Hébra, el prurito y el dolor son la consecuencia de la presion y de la accion irritante ejercida sobre los nervios de la papila por el líquido exudado, siendo este líquido vertido al exterior á consecuencia de rascarse el

enfermo, el prurito y el dolor deberían cesar por esta causa. Pero no sucede así; los enfermos se rascan, se levantan, no sólo todo el espesor del epidérmis, sino tambien la capa más superficial del dérmis, puesto que siempre hay una efusion sanguínea, y sin embargo, no por eso dejan de persistir el dolor y el prurito con igual intensidad.

Nos creemos, pues, autorizados para sostener lo que hemos establecido en el comienzo de esta leccion, á saber: 1.°, que la lesion madre del prurigo es una pápula, es decir, una hipertrofia parcial y del todo sólida del dérmis, sin mezcla de líquido y bajo la forma de un pequeño tumor del grosor de una cabeza de alfiler; 2.°, que esta pápula tiene por asiento las papilas sensitivas del dérmis, lo que nos explica el dolor de que aquella es asiento, bajo la forma de prurito ó de comezon de intensidad variable.

Cada pápula está coronada en su vértice por un coágulo negruzco pequeño, formado por la coagulacion de una gotita de sangre; esta sangre no es producto de una secrecion ó de una exhalacion activa, congestiva ó pasiva; es el resultado de un pequeño traumatismo, que produce la accion de las uñas sobre la capa más superficial del dérmis; de suerte que, vistas á distancia, las pápulas de prurigo tienen el aspecto de un grupo negruzco, de eminencias costrosas, secas y negruzcas.

Ya veis, pues, que el prurigo es una afeccion representada por una pápula, y además que es una afeccion no segregante.

Cuando el prurigo es algo antiguo, toda la piel sobre la cual están desarrolladas las pápulas está notablemente seca, árida y negruzca. Esta coloracion oscura, morenuzca, es debida á una hipersecrecion pigmentaria. Esta hipersecrecion es la consecuencia de la irritacion producida en el dérmis por el prurito que ocasionan las pápulas. Vemos esta misma hipersecrecion de la materia pigmentaria de la piel producirse á consecuencia de la mayor parte de las afecciones cutáneas, cuya existencia ha sido para el dérmis una causa de irritacion un tanto prolongada. Hemos dicho que la piel está seca y árida; las secre-

ciones sudoríficas y sebácea están más ó ménos completamente abolidas. Toda la vitalidad de la piel alterada se traduce por la hiperestesia de que son asiento las pápulas y por la secrecion exagerada de su materia pigmentaria; por lo demas, permanece seca, árida y como apergaminada.

SÍNTOMAS, ASIENTO Y EVOLUCION DEL PRURIGO.

Ya hemos dicho que uno de los caractéres más constantes del prurigo es el *prurito*. El prurito es una forma especial, una modalidad del dolor expresada por la denominacion de comezon y que obliga á los enfermos á rascarse. Esta comezon es de una intensidad variable y reviste diferentes caractéres. Es más viva de noche que durante el dia. Se han establecido tres variedades ó tres divisiones en el género prurigo, fundadas precisamente en el carácter y en la intensidad de la comezon.

En el *prurigo mitis* la comezon es de una mediana intensidad; es fácilmente soportable, aunque obliga á los enfermos á rascarse.

En el *prurigo formicans* es mucho más pronunciada; se traduce por hormigueos dolorosos; se figuran los enfermos que su piel está taladrada por legiones de hormigas, y de aquí la calificacion de *formicans*.

En el *prurigo ferox*, mejor que una comezon, es un dolor atroz, intolerable, cuyo paroxismo tiene siempre lugar por las noches. Vereis enfermos ser acometidos, bajo la influencia de este dolor, de este prurito, de accesos de furor; los vereis desgarrarse la piel con sus uñas, rascarse con cuerpos extraños, con cepillos de crin, piedras rugosas, etc.; precipitarse fuera del lecho, siéndoles un suplicio insoportable el permanecer en él, arrastrarse por el suelo, regarse el cuerpo con agua fria, con vinagre... En una palabra, el *prurigo ferox* da lugar á sufrimientos bastante agudos y bastante violentos para quitar el apetito y el sueño, hacer imposible todo reposo, poner á los enfermos en un estado de sobreexcitacion nerviosa imposible

de describir, exponerlos al suicidio y comprometer de la manera más séria su salud general.

El prurigo se encuentra en todas partes; se le ve en todas las regiones del cuerpo, en la cara, en el cuello, en el tronco, en los miembros. Pero se presenta de preferencia, y principalmente, á ejemplo del psoriásis, en las partes donde la piel tiene mayor espesor y sequedad; como en la parte posterior del tronco y especialmente la parte superior del dorso, las espaldas, la parte externa de los miembros, y en particular, de los inferiores.

Puede ser *generalizado*, es decir, puede invadir á la vez toda, ó casi toda la extension del cuerpo, á excepcion de la palma de las manos y la planta de los piés, donde nunca se le encuentra.

Puede ser *parcial*, es decir, quedar limitado á una sola region; como en la parte superior del dorso, por ejemplo, en las nalgas, ó en los espacios interdigitales.

El prurigo se presenta en todas las edades: los niños de pecho, los jóvenes y los adultos; en la vejez ofrece una tenacidad muy particular y un carácter siempre grave, en razon de los trastornos funcionales del insomnio, de la agitacion, de la anorexia y del marasmo que determina; es uno de los síntomas, y al mismo tiempo uno de los agentes de la decrepitud senil, y contribuye por la extenuacion que ocasiona á producir la muerte del enfermo; así es que el prurigo del anciano ha ocupado especialmente á los autores que lo han descrito con un cuidado muy particular con el nombre de *prurigo senil*.

El prurigo es una afeccion esencialmente crónica en su evolucion y en sus manifestaciones; no tiene carácter alguno de enfermedad aguda, no hay fiebre de prurigo, como hay fiebre de ectima, de herpes ó de miliar. Sus únicos prodromos son: prurito, comezon y escozor en las partes que va á invadir. Su aparicion no va nunca precedida, anunciada, ni acompañada de fiebre. Si en el curso de su evolucion y en los casos más graves se declara la fiebre, ésta no es franca, primitiva, reac-

cional ó inflamatoria; es una fiebre héctica, una fiebre de marasmo, de consuncion, resultante de los desórdenes, de los trastornos graves que el prurigo determina en la inervacion y en las funciones fisiológicas. La intensidad excesiva del dolor, sus paroxismos nocturnos, los deseos irresistibles de rascarse, la agitacion, la pérdida del sueño y del apetito, que son su consecuencia, extenúan á los enfermos, y entónces aparece la fiebre; pero ésta es la fiebre de mal carácter que resulta de la degradacion de las fuerzas y de la alteracion profunda de toda la economía.

La duracion del prurigo es indeterminada; unas veces comienza con la vida para no terminar sino con ella; acompaña al enfermo desde la cuna á la tumba; otras veces afecta una marcha intermitente, desaparece en ciertas épocas del año, en el otoño, por ejemplo, para reaparecer en la primavera. Unas veces es continuo en su duracion, que puede ser más ó ménos larga, de varios meses ó de varios años, y otras, como dijimos hace poco, no es continuo, se extingue por sí mismo y reaparece, despues de un intervalo, que puede ser tambien de varios meses ó de varios años. En otros casos, y éstos son felizmente los más numerosos, despues de una duracion variable y más ó ménos larga, segun su naturaleza, cura definitivamente.

El prurigo se observa con más frecuencia en el hombre que en la mujer. En el invierno, cuando la piel está seca, árida y sin transpiracion, acomete con mucha más intensidad que en el estío. Durante los calores del verano, la piel es asiento de una actividad vital muy grande; las glándulas sudoríparas en particular funcionan de una manera más amplia y más continua; esta sobreactividad vital que se produce en ellas, ese molimen nervioso y sanguíneo que se produce para su provecho y de que ellas son asiento, constituyen para las papilas sensitivas como una especie de revulsivo, de derivativo natural que separa de ellas el molimen ó corriente morbosa, principio del prurigo; la vitalidad fisiológica de las glándulas su-

doríparas disminuye la vitalidad morbosa del cuerpo papilar sensitivo. Nosotros explicamos la atenuacion durante el verano de la intensidad del prurigo, por el hecho de esta accion vital modificada.

NATURALEZA DEL PRURIGO.

Para Hébra el prurigo nunca es consecuencia de causas externas. No admite que las irritaciones procedentes del exterior, que se ejercen sobre la piel de una manera más ó ménos intensa ó más ó ménos continua, puedan producir el prurigo. No admite, pues, un prurigo de causa externa, ni tampoco un prurigo sintomático, ó de causa interna. No reconoce la existencia de la diátesis herpética. No admite que la economía pueda ser invadida de un vicio especial, llamado *vicio herpético*, del cual ciertas afecciones cutáneas, tales como el psoriásis ó el eczema no serían más que síntomas; por consiguiente no admite un prurigo herpético. Para él, el prurigo es una enfermedad de la piel, en la piel misma, y especialmente una enfermedad del epidérmis; es un vicio en la secrecion epidérmica, vicio inherente al epidérmis mismo, cuya causa no es necesario buscar fuera de él.

Para M. Bazin, M. Hardy, M. Baudot y M. Doyon, el prurigo es debido á las influencias extrañas á la piel. Así es que, para ellos, hay un prurigo de *causa externa* que se desarrolla á consecuencia de causas irritantes para la piel. Se le encuentra en los individuos que por su profesion están expuestos á un calor intenso, como los vidrieros, los fogoneros y los cocineros. Se le encuentra tambien en los que manipulan con sustancias irritantes por sí mismas, como los tintoreros y los especieros. Forma parte de diferentes lesiones cutáneas, cuyo conjunto se ha designado con el nombre de *sarna de los especieros;* en este caso se encuentran sus pápulas en medio de pápulas de líquen, de pústulas de ectima, de placas de eczema.

Para los mismos autores hay un *prurigo* pedicular ó parasitario, resultante de la irritacion determinada en el espesor de la piel, ó simplemente en su superficie, por la existencia de parásitos vegetales ó animales que se encuentran en ella. Así el *tricófiton*, el *acorion capitis*, que son los hongos de la tiña tonsurante y de la tiña favosa, pueden ser la causa de una erupcion de prurigo. Pero sobre todo, los parásitos animales son los que engendran el prurigo, como son el *acarus* de la sarna y las diversas especies de piojos que pululan en la superficie del cuerpo, el *pediculus corporis*, el *pediculus capitis* y el *pediculus pubis*.

Colocaremos tambien en esta misma clase de prurigo el que acompaña algunas veces á la ictericia, y que es la consecuencia de la irritacion causada en la piel por la presencia de la materia colorante de la bílis.

Estos mismos dermatólogos admiten tambien un prurigo de causa interna. Están todos de acuerdo para reconocer la existencia de un prurigo *herpético* ó *dartroso*. M. Bazin, siempre fiel á la artrítis, describe un prurigo *artrítico*. Quiere tambien que exista un prurigo *escrofuloso*.

En cuanto á nosotros, participamos de una opinion en un todo contraria á la del profesor Hébra. Ya os he dicho que comprendemos de diversa manera que él la constitucion anatómica del prurigo; decimos que está formada por la hipertrofia de las papilas sensitivas de la piel y no por una simple alteracion epidérmica. Decimos que no debe verse en el prurigo una enfermedad limitada á la piel, y perteneciendo sólo á ella, ya por su sitio, ya por su etiología. Admitimos, como los dermatólogos franceses, un prurigo:

1.° *De causa externa.*
2.° *Parasitario.*
3.° *Ictérico.*
4.° *Herpético ó sintomático del vicio dartroso.*

No admitiendo nosotros la diátesis artrítica, no admitimos, por consiguiente, el prurigo artrítico de M. Bazin. A ejemplo

de M. Hardy, no podemos conceder tampoco al mismo autor que exista un prurigo *escrofuloso*, porque no encontramos en la descripcion que él da de esta última especie de prurigo, caractéres bastante marcados para que pueda reconocerse en ellos la escrófula.

5.° Nosotros negamos el prurigo artrítico y el prurigo escrofuloso, pero admitimos en cambio:

Un *prurigo caquéctico*. Encontramos este prurigo en todas las edades de la vida, en todos los niños mal nutridos, mal cuidados, viviendo en la suciedad, en una mala higiene. La degradacion de las fuerzas, su deterioro, se manifiestan, entre otros síntomas, en estos pequeños séres, por un prurigo que, engendrado por la caquexia, contribuye á su vez á aumentarla y á precipitar su marcha y sus progresos, por los tormentos, la agitacion y el insomnio que ocasiona.

Lo mismo acontece en el otro extremo de la vida; el *prurigo senil* es á la vez uno de los agentes, uno de los indicios y uno de los efectos de la decrepitud ó caquèxia senil.

6.° Admitimos, por último, con M. Doyon, un *prurigo hereditario*, cuya naturaleza es herpética.

DIAGNÓSTICO.

La afeccion cutánea con la cual sería más fácil de confundir el prurigo es el *líquen*. Estas dos afecciones tienen entre sí grandes rasgos de semejanza, que podrían, en efecto, favorecer esta confusion, pero al mismo tiempo tienen puntos de desemejanza bastante marcados para que sea posible, sobre todo, en su período de estado, el diferenciarlas.

El prurigo y el líquen tienen la misma lesion madre ó primitiva, la *pápula*. Pero la pápula del prurigo y la del líquen tienen cada una sus caractéres particulares, distintivos y patognomónicos.

Las pápulas del prurigo son voluminosas, anchas de base, discretas, aisladas unas de otras, áun cuando el prurigo es par-

cial; son aplanadas y coronadas en su vértice por un pequeño coágulo sanguíneo, negruzco, duro y seco; ninguna secrecion húmeda se produce en su superficie. Nada hay en ellas que semeje una afeccion aguda; nunca están reunidas en grupos sobre una misma superficie eritematosa; cuando están desarrolladas permanecen en un *statu quo* completo toda su duracion; no son asiento de ningun trabajo de secrecion ó de inflamacion. Todo en ellas es siempre esencialmente crónico, y cuando desaparecen es por un trabajo de resolucion ó de intus-suscepcion, en virtud del cual son progresivamente absorbidas hasta su completa desaparicion, sin que se produzca descamacion, esfoliacion ó pérdida de sustancia alguna aparente.

Las pápulas del líquen, por el contrario, son pequeñas, cónicas, puntiagudas, reunidas en grupo sobre una misma superficie; esta superficie, en el líquen agudo, es eritematosa con todos los caractéres de un estado congestivo ó inflamatorio. Hay, pues, un líquen agudo, cuyas pápulas tienen un color rojo, cuya duracion es de uno á dos setenarios y cuya terminacion está señalada por una descamacion furfurácea. Si el liquen afecta la forma crónica, sus pápulas presentan la misma disposicion en grupos. Con frecuencia, á causa de las comezones que producen y de rascarse los enfermos, se ven formarse en su vértice pequeñas vexículas llenas de una serosidad clara, límpida; cuando las vexículas se abren, el líquido que contienen se concreta en forma de laminillas ó costrillas finas y foliáceas, adherentes en uno de sus puntos, libres y flotantes en el resto de su extension, de tal suerte que tienen el aspecto que dan los líquenes que recubren el tronco de los árboles viejos. La secrecion húmeda continúa frecuentemente produciéndose bajo las costras, resudándose lo bastante abundantemente para que toda la region enferma esté como regada. Esta forma de líquen, con secrecion húmeda, ha recibido el nombre de *liquen agrius*, que recuerda el eczema; la forma á la vez aguda y crónica de éste; hay en ella la secrecion, la exudacion y las costras del eczema. Pero hay tambien en ella las pápulas

del líquen. Es, pues, un eczema ingerto en un líquen, es una mezcla de líquen y de eczema; es una especie de *mestizo* ó de afeccion mixta, híbrida y bastarda que participa á la vez de ambas afecciones, y que en razon de este doble carácter ha recibido el nombre de *eczema* liquenoide ó de líquen eczematoso. Nada semejante vereis jamás producirse en la evolucion del prurigo, que permanece siempre una afeccion crónica en su forma, lo mismo que en su duracion, seca, inmutable, sin modificacion y sin secrecion alguna.

El prurigo ocupa habitualmente las regiones donde la piel tiene mayor sequedad y espesor, como la cara posterior del tronco y la cara externa de los miembros.

El líquen, por el contrario, busca las regiones donde la piel tiene mayor finura y humedad, donde es más rica en folículos sebáceos ó sudoríparos; así es que se encuentra generalmente en la cara anterior del tronco, la parte superior de la region torácica, las mamas, el axila, la parte interna de los miembros, el pliegue del codo y de la muñeca y el hueco popliteo. Del mismo modo que el prurigo, nunca se le encuentra en la palma de las manos ni en la planta de los piés.

El dolor del prurigo se traduce particularmente por comezon, punzadas, escozor y sensacion de quemadura.

El dolor del líquen, con frecuencia tambien intolerable, se traduce por punzadas semejantes á pinchazos: los enfermos lo comparan á alfilerazos, como si millares de agujas punzaran su piel.

El prurigo, al cabo de cierto tiempo, desnaturaliza la piel, la deseca y determina en ella una hipersecrecion pigmentaria, que la da una coloracion morenuzca, bronceada, que recuerda la de la enfermedad de Addisson.

El líquen, cuando llega al estado crónico, desnaturaliza tambien la piel, pero es engrosándola, aumentando el espesor de sus eminencias, el relieve de sus pliegues, y por consiguiente, haciendo más pronunciados y más profundos los surcos que les separan. La capa epidérmica es la que está espesa

é indurada; da al tacto una sensacion de sequedad, de rugosidad, de espesor y de induracion que recuerda la piel de los paquidermos, la del rinoceronte en particular. M. Bazin, por razon de esta hipergénesis epidérmica, cree que el asiento anatómico del líquen reside en la papilla del dérmis, encargada de segregar el epidérmis.

M. Cazenave, considerando el líquen con relacion al dolor que ocasiona, coloca su asiento anatómico en la papila nerviosa del dérmis, y considera esta afeccion como una neurósis. Para él, el líquen constituye una afeccion nerviosa de las papilas sensitivas de la piel. Esta es precisamente la opinion que hemos emitido para el prurigo, al cual asignamos, como asiento anatómico, las papilas sensitivas del dérmis. Las hemos considerado como formando, por su hipertrofia, las pápulas del prurigo, que serían, por consiguiente, como otros tantos pequeños neuromas.

El líquen, en su variedad llamada *pilaris*, afecta realmente la papila pilosa, en la cual se desarrolla y de la cual exagera é hipertrofia su volúmen. De suerte que nosotros podemos considerar el líquen como constituido anatómicamente por la alteracion de tres de los elementos constitutivos del cuerpo papilar del dérmis: la papila epidérmica, la papila sensitiva y la papila pilosa.

El líquen afecta la forma aguda y la forma crónica. Agudo, es una especie de fiebre eruptiva, es un pseudo-exantema, precedido de prodromos febriles, caracterizado por la erupcion generalizada ó limitada á ciertas regiones del cuerpo, de pápulas pequeñas, aguzadas, reunidas en grupos sobre superficies eritematosas, y que se terminan por una descamacion furfurácea, despues de una duracion de uno á dos setenarios. Crónico, el líquen es para M. Bazin la expresion del herpetismo, de la artrítis, de la sífilis y de la escrófula. M. Bazin le coloca en la clase de las escrofúlides benignas. M. Hardy le rehusa, como al prurigo, el carácter escrofuloso que Hébra, por el contrario, le reconoce, describiéndolo con el nombre de *líquen escrofuloso*.

Como el prurigo, el líquen es tambien de causa local ó externa y de orígen parasitario.

El prurigo y el líquen presentan, pues, las mayores analogías, ya como lesiones anatómicas, ya como síntomas, ya como expresion semeiótica; sin embargo, son dos afecciones diferentes; hemos creido deber colocarlas juntas en una especie de cuadro sinóptico y comparativo, á fin de hacer resaltar mejor las semejanzas y las diferencias.

Volvamos ahora al prurigo: acabamos de ver que siempre se le puede distinguir del líquen; no se le confundirá tampoco con el *strophulus*, afeccion aguda, sin duracion, caracterizada por pápulas blancas ó rosadas, que se desarrollan sobre una base eritematosa y frecuentemente terminadas en su vértice por una pequeña vexícula.

M. Hardy ha descrito con el nombre de *strophulus prurigi-noso* una afeccion papulosa, de la cual el prurito es el mejor carácter, y que no es en realidad más que un prurigo de causa externa.

Así, pues, el diagnóstico del *género prurigo* no presenta nunca grandes dificultades. Lo mismo acontece con el diagnóstico de su naturaleza.

El prurigo de causa externa ó local se reconocerá fácilmente por su localizacion en las regiones sobre que haya concentrado su accion la causa morbífica, por su pronta terminacion en el momento en que esta causa haya sido suprimida y por su reunion con otras afecciones cutáneas que tengan caractéres anatómicos ó lesiones madres diferentes. Las mismas consideraciones se aplican al prurigo parasitario.

Sin embargo, hay para el prurigo parasitario un carácter muy especial y sobre el cual llamo vuestra atencion. Cuando veais en la base del cuello, en la parte superior del dorso y en las espaldas una aglomeracion de pápulas de prurigo, diagnosticad en seguida por esto sólo un *prurigo parasitario sintomático de los pediculi corporis*. La consideracion del sitio es aquí de la mayor importancia para el diagnóstico. Del mismo

modo, cuando las pápulas de prurigo estén desarrolladas en la region pubiana, os anunciarán la existencia de los *pediculi pubis*.

El prurigo herpético, el verdadero prurigo, está caracterizado por su larga duracion, por su tenacidad, por su recidividad, por la intensidad de las comezones que determina; este es el que se presenta con los caractéres del *prurigo formicans* y de *prurigo ferox*. Algunas veces está limitado á una sola region, pero lo más comun es que esté generalizado.

El prurigo *caquéctico* existe, sobre todo, en el tronco y en los miembros inferiores. Lo reconocereis tambien por el estado general del enfermo.

PRONÓSTICO.

Hébra establece en principio que el prurigo es incurable. Véase cómo se expresa á este propósito:

«La perspectiva que se ofrece á un desdichado atacado de prurigo ha sido ya pintada con los colores más sombríos. Tan sólo los que no conocen esta enfermedad en todo su poder, pueden afirmar que á veces es curable; pero no basta decir esto, porque segun eso, en ciertas condiciones podría curarse; no, es *incurable*. Resulta de aquí que todo lo que el médico puede hacer es emplear medios con ayuda de los cuales pueda hacerse más tolerante la suerte de la persona que sufre y que se encuentra padeciendo de una manera tan penosa, é impedir que caigan en la desesperacion.»

M. Doyon no es ménos severo que Hébra con respecto al pronóstico del prurigo; «el verdadero prurigo, dice, esta enfermedad que comienza casi con la vida, no da á sus desdichadas víctimas sino breves é incompletas treguas y dura hasta la muerte.»

Nosotros no podemos admitir un pronóstico tan funesto y formado de una manera tan general y tan absoluta del prurigo. Es imposible atribuir la misma gravedad á todas las va-

riedades del prurigo: no pueden todas ser indistintamente comprendidas en el mismo juicio.

Diremos, pues, que el pronóstico que debeis formar del prurigo variará segun sú naturaleza, segun su disposicion y segun su sitio.

El *prurigo de causa externa local* no presenta gravedad alguna; cura fácilmente despues que cesa la accion de la causa local que lo ha producido y gracias al empleo de algunos tópicos. Esto es lo que sucede con el prurigo que contribuye á constituir la afeccion compleja conocida con el nombre de *sarna de los especieros*.

Esto mismo acontece con el *prurigo parasitario*, y especialmente con el más comun de todos, del que está localizado en las espaldas y en la base del cuello, y cuya existencia está ligada á los *pediculi corporis*; desaparece rápidamente despues de destruidos los parásitos y bajo la influencia de algunos baños sulfurosos.

El *prurigo caquéctico* es más grave; nacido de un estado caquéctico, no cura sino cuando cura la caquexia, bajo cuya influencia se ha desarrollado y de la cual es uno de sus síntomas.

El *prurigo herpético*, y particularmente cuando es hereditario, es la especie de prurigo cuyo pronóstico es más grave. Es notable por su tenacidad, por su persistencia, por su duracion indefinida, por sus recidivas y por los sufrimientos que hace experimentar á los enfermos; este es el que ha merecido el nombre de *prurigo formicans* y de *prurigo ferox*. Este es el que algunas veces es incurable, como la diátesis herpética de que es expresion.

El prurigo parcial es más difícil de curar que el prurigo generalizado, y entre los diversos sitios que puede ocupar, los órganos genitales, los de la mujer, sobre todo, son las regiones donde se hace más refractario al tratamiento. El *prurigo scroti*, el *prurigo podicis* ó de la márgen del ano, y el *prurigo pudendi muliebris* ó de la vulva, son variedades con frecuen-

cia muy tenaces; van unidas generalmente al herpetismo; son notables por las frecuentes recidivas y por las exacerbaciones que coinciden con la época de las reglas, y porque son tambien causados y sostenidos por el embarazo.

TRATAMIENTO DEL PRURIGO.

«Es hasta ingrato, dice Hébra, el discutir el tratamiento de una afeccion incurable; y como el prurigo lo es, su terapéutica no puede tener más que un objeto: el de atenuar el mal.»

El mismo autor declara «que nunca ha observado buenos efectos de remedios internos en el tratamiento del prurigo... que sus observaciones le han enseñado que no hay medicamento interno ni régimen especial capaz de influir bien ó mal sobre el prurigo, áun en su grado más ligero...; *que tan sólo remedios externos son de alguna utilidad en el prurigo...*, y que las únicas aplicaciones que le han parecido poseer algun valor en esta enfermedad, son las que *reblandecen* y *desprenden las capas más superficiales del epidérmis.*»

Ya nos hemos permitido reprochar al sabio dermatólogo del gran hospital de Viena su pronóstico, demasiado severo, demasiado exclusivo y demasiado absoluto, acerca del prurigo; ahora nos permitimos reprocharle todo lo que hay de desesperante, y de escéptico y de reducido en su terapéutica. Nosotros no negamos el talento, la ciencia y la inteligencia distinguida de nuestro eminente colega de Viena; pero para poder apreciar cuán defectuosas son sus ideas sobre el prurigo, recordemos cuáles son los grandes principios que deben dirigir á toda buena terapéutica, y cuál es la fuente única de la cual debe provenir toda medicacion séria, justa y eficaz.

No hay buen tratamiento sin un buen diagnóstico, sin una apreciacion sana, exacta y desprovista de ideas preconcebidas de la enfermedad, relativamente á las diversas formas que ésta puede revestir, á las diversas variedades bajo las cuales puede presentarse, á sus diversas causas y á sus diversas naturale-

zas. Hébra no admite la diátesis herpética; no admite que exista en la economía un principio vicioso llamado *dartro* ó *herpetismo*, que se manifiesta por lesiones cutáneas, cuya curacion no puede depender, por consiguiente, sino de la destruccion de este principio vicioso; él comete la injusticia inmensa de desconocer, de negar este gran orígen de un gran número de dermatósis; resulta de esto, que su terapéutica es impotente contra todas las afecciones de naturaleza dartrosa, puesto que él no sabe, puesto que no quiere atacarlas en su orígen, por el tratamiento general diatésico que les conviene, y que sólo puede atacarlas en su gérmen.

Además, en la cuestion del prurigo, no distingue variedades ni especies diferentes; él no ve más que el prurigo en su máximun de intensidad y de gravedad, el que llamamos nosotros prurigo herpético; él no quiere ver la naturaleza diatésica de este prurigo, y le rehusa el tratamiento general, siempre indispensable en las afecciones diatésicas. Nada tiene de extraño, pues, que el prurigo sea incurable entre sus manos.

Rayer y Wilson querían que se combatiese el prurigo por la sangría del brazo; esta medicacion, enérgicamente atacada por Alibert, ha sido despues, con razon, abandonada.

El tratamiento del prurigo, para ser racional y útil, debe ser deducido de la doble apreciacion de su naturaleza, como lesion anatómica, y de su naturaleza como enfermedad ó entidad morbosa. La apreciacion del prurigo, considerado relativamente á la lesion anatómica que le constituye, indicará cuál es el tratamiento local ó externo que le conviene; y la apreciacion de su naturaleza, como enfermedad, enseñará si es necesario recurrir á un tratamiento interno, y cuál debe ser éste.

Si consideramos al prurigo relativamente á la lesion anatómica que le constituye, vemos que esta lesion es de naturaleza nerviosa y que está caracterizada por la alteracion hipertrófica de las papilas sensitivas del dérmis, de tal suerte, que hemos podido decir que cada pápula del prurigo puede ser conside-

rada como una especie de pequeño neuroma. Ya en 1844 M. Cazenave había sostenido una opinion casi semejante; había procurado establecer que el prurigo tiene su asiento principal en el sistema nervioso y que proviene de una alteracion especial de este tejido; había visto en él una *hiperestesia cutánea*, que daba lugar á comezones y consecutivamente á una erupcion papulosa.

Que sea la pápula del prurigo, como quiere Cazenave, el resultado de las comezones; ó que sea, por el contrario, como nosotros pretendemos, la lesion madre primitiva del prurigo, siempre tendremos que el prurigo es una afeccion nerviosa que tiene su asiento en los capilares nerviosos del dérmis, y especialmente en sus ramas terminales, partes integrantes y constituyentes de las papilas sensitivas.

Los calmantes, los opiáceos *intus et extra*, no son por lo general eficaces en las afecciones nerviosas; los revulsivos son los medios que dan buenos resultados. Esto mismo sucede con el prurigo; las aplicaciones emolientes, opiáceas, las preparaciones narcóticas, externas é internas, no producen cambio alguno, al paso que se obtienen incontestables por los revulsivos y los modificadores locales: así, pues, se deberá buscar la medicacion que conviene al prurigo, considerado como lesion anatómica en este órden, en esta clase de medios terapéuticos, abstraccion hecha de la causa bajo cuya influencia se ha desarrollado.

Insistimos, contra la opinion de Hébra, sobre la importancia de esta causa, pues que ella nos dictará el tratamiento general y por lo tanto debemos tenerla siempre presente.

Una vez sentados estos principios generales, lleguemos á su aplicacion.

El tratamiento del prurigo variará segun su naturaleza: el de *causa externa* ó *local* y el *parasitario* curarán en seguida bajo la influencia de algunos baños ó de algunos tópicos modificadores, despues de la destruccion de los parásitos y de la separacion de las causas que lo habían producido.

Así, pues, en el prurigo que ocupa las espaldas y la base del cuello y que es sintomático de la existencia de los *pediculi corporis*, comenzad por prescribir uno ó dos grandes baños que contengan cada uno en disolucion 15, 20, 30 gramos de sublimado (bicloruro de mercurio). Esto bastará para destruir los parásitos. Una vez conseguido este objeto, haced tomar una serie de seis á diez baños sulfurosos, que contenga cada uno de sulfuro seco de potasio 100, 125, 150 gramos, y vereis desaparecer las pápulas del prurigo. Siendo en estos dos casos la afeccion de causa local, no exigirá ningun tratamiento general.

Cuando el prurigo sea *caquéctico*, debeis atacar la causa general, la caquexia que lo ha producido, con un tratamiento general: analépticos, reconstituyentes, tónicos, amargos, carne cruda ó medio asada, ferruginosos, quina, buena higiene, etc. Al mismo tiempo se empleará un tratamiento local que se dirija directamente á la lesion cutánea; embrocaciones con un líquido dotado de propiedades modificadoras, tal como el aceite de enebro, alternando con baños alcalinos y sulfurosos. Bajo la influencia de estos medios, vereis disminuir la intensidad del prurigo y desaparecer progresivamente, á medida que el estado caquéctico sea reemplazado por una salud mejor.

En el prurigo *herpético*, es decir, en el verdadero prurigo, en el *prurigo formicans* ó *prurigo ferox*, que por los excesivos dolores que ocasiona va á turbar la razon de los enfermos hasta llevarlos á la desesperacion y el suicidio; en este prurigo, en fin, que Hébra declara incurable, no os descorazoneis; tened, por el contrario, confianza en la curacion que, con mucha frecuencia, recompensará vuestros esfuerzos; instituid una doble medicacion, una medicacion interna diatésica, segun el consejo de M. Bazin; haced tomar las preparaciones arsenicales, dando todos los dias 6, 8, 10, 12, de las píldoras siguientes, que repartireis entre las comidas:

Arseniato de sosa..... 1 miligramo.
Extracto de genciana..... 10 centigramos.

M. para cada píldora. Ó bien 3, 4, ó 6 cucharadas grandes de la disolucion siguiente, que repartireis igualmente entre las tres comidas:

Arseniato de sosa.....	10 centigramos.
Agua destilada.....	500 gramos.

Secundad la accion del arsénico, reconstituyente, pero sobre todo alterante; con respecto á la constitucion herpética, secundadla por la accion tónica del hierro y de la quina; el hierro y el arsénico se soportan muy bien juntos; dad quina, aguas minerales aperitivas, fortificantes, tales como las aguas de la Bauche, de Orezza y de Marcols; y cuidad de la higiene del enfermo en lo que respecta á la alimentacion y á la aireacion... Hé aquí el tratamiento interno; no le desecheis y no vayais á creer, como dice Hébra, que sea inútil é ineficaz.

Pero al mismo tiempo no olvideis tampoco el tratamiento externo; cuanto más tenaz y más refractaria sea la afeccion, más energía y más variedad debeis emplear en vuestros medios de accion. Elegid tópicos dotados de propiedades revulsivas, perturbadoras y modificadoras de la sensibilidad y de la inervacion cutánea. Emplead sucesiva y alternativamente baños con vinagre, alcalinos, sulfurosos, aromáticos ó de vapor; someted al enfermo á las diversas aplicaciones de la hidroterapia, á las duchas frias y calientes alternativamente, en columna y en forma de lluvia... Embrocad todas las superficies enfermas con el aceite de enebro ó con la tintura de yodo. El uso combinado de estos diversos medios, nos da diariamente los mejores y ménos contestables resultados. Llegareis de este modo y con perseverancia, á curar prurigos reputados como incurables.

El mismo tratamiento interno y externo convendrá al líquen crónico, herpético, que deja la piel engrosada, indurada, paquidérmica; la capa epidérmica es la que está engrosada é hipertrofiada, da al tacto la sensacion de una piel seca, rugosa, desprovista de flexibilidad y de elasticidad y cubierta de una

capa epidérmica análoga al tegumento externo de los paquidermos. Las duchas frias y calientes, las duchas de vapor y las alcalinas y sulfurosas humedecerán esta capa epidérmica, inerte, que no hace más que comprimir el dérmis y disminuye en cierto modo su vitalidad; ellas la penetrarán poco á poco y volverán, por la excitacion que harán llevar hasta él, el dérmis á su estado fisiológico; despertarán en el seno de su trama las secreciones húmedas de que naturalmente es asiento, y que estaban agotadas para dejar que se produjese una secrecion única, la hipergénesis de un epidérmis enfermo y desnaturalizado. Á la poderosa accion modificadora de estas duchas, añadid las embrocaciones con el aceite de enebro, añadid sobre todo las embrocaciones con la tintura de yodo; éste es un caterético ligero que adelgazará poco á poco, y capa por capa, esta superficie epidérmica casi cornificada; este es, en cierto modo, el cepillo que le devolverá su tenuidad normal.

Tal debe ser el tratamiento externo de esta forma crónica del líquen; no olvidemos el tratamiento diatésico por el arsénico, porque en este caso tendreis que tratar más comunmente una afeccion de naturaleza herpética.

En cuanto á la forma aguda del líquen, os representa una enfermedad pseudo-exantemática, que combatireis con un tratamiento ligeramente antiflogístico, por aplicaciones y baños emolientes, bebidas demulcentes y revulsivos intestinales.

Hay una afeccion pruriginosa que se presenta principalmente en la zona genital, en la márgen del ano, en el periné, en los pliegues génito crurales, en la cara interna y superior de los muslos, en el escroto, en la cara externa de los grandes labios, en su cara interna y en toda la vulva. Esta afeccion, más comun en la mujer que en el hombre, está caracterizada sintomáticamente por comezones excesivas, no continuas, que se producen como por accesos de una manera intermitente, redoblando su intensidad por la noche, en el momento en que el enfermo se desnuda, y con el calor del lecho, y por el dia bajo la influencia del calor. Estas comezones son irresistibles;

cuando se manifiestan, les es imposible á los enfermos contenerse, se rascan á su pesar y con una especie de furor y de rabia. Estas rascaduras son habitualmente dolorosas y mezcladas, sin embargo, algunas veces de una verdadera sensacion voluptuosa.

Cuando se despiertan las comezones se hacen tan violentas, y la necesidad de rascarse tan imperiosa y urgente, que ni la fuerza de la voluntad ni las consideraciones de la decencia pueden impedir á los enfermos el rascarse, como igualmente contenerse cuando han empezado á hacerlo; se rascan con verdadero frenesí, con una agitacion nerviosa que son impotentes de dominar, hasta que se arrancan pedazos de epidérmis, hasta que se produce en la superficie de las partes enfermas una especie de exhalacion de un líquido sero-gomoso. Esta es habitualmente la señal del fin de la crísis; este es tambien el momento en que comienzan á hacerse sentir escozores muy dolorosos y muy urentes, consecuencia de la accion inmoderada de las uñas ó de los cuerpos extraños de que se han servido los enfermos para rascarse. Las noches se pasan de este modo sin dormir, y nosotros hemos visto mujeres que se han condenado á una verdadera secuestracion, que se han alejado de todas las relaciones sociales posibles, por temor de verse acometidas por los accesos de comezon.

La duracion de esta afeccion es indeterminada; con frecuencia es de muchos años; se exaspera en las épocas menstruales y durante el embarazo, que generalmente impide que ceda al tratamiento más eficaz.

Cuando dura cierto tiempo, los tejidos cutáneos ó mucosos se engruesan, cambian de color y toman un tinte blanco rosado; sus superficies están llenas de arañazos y de escoriaciones, procedentes de las rascaduras; no sólo están las partes enfermas engrosadas, si que tambien secas é induradas, y si es la márgen del ano la que está enferma, los pliegues anales son mucho más pronunciados, lo mismo que los surcos que los separan.

Una de las consecuencias más temibles de esta enfermedad es la de dar lugar al onanismo, como fácilmente comprendereis.

Nosotros la hemos visto ocupar otras regiones fuera de la zona genital, estar limitada, circunscrita á una superficie más ó ménos extensa, ya de los miembros, los inferiores sobre todo, ya del tronco.

Willan, Alibert, Rayer, Devergie y M. Bazin describen esta afeccion con el nombre de *prurigo latente* ó de *prurigo sin pápulas*.

Empero, ¿es este un prurigo? No lo creemos, y no podemos admitir esta denominacion por los motivos siguientes: 1.°, no hay pápulas; luego el carácter anatómico del prurigo, la lesion material que lo constituye, falta; 2.°, el prurigo se encuentra especialmente en las regiones donde la piel es seca y gruesa, y en ninguna parte es más húmeda y más fina que en la zona genital, sitio habitual de la afeccion que nos ocupa; 3.°, el prurigo es siempre una enfermedad seca, árida y sin secrecion alguna, y nosotros hemos visto que en esta afeccion el fin de las crísis está señalado por una exhalacion húmeda. Estas diversas razones nos inducen á creer que no se trata de un prurigo. ¿No sería más bien un líquen? En efecto, el líquen es una afeccion tan *pruriginosa* como el prurigo.

Las pápulas del líquen pueden fácilmente disimularse y pasar desapercibidas, por ser infinitamente más pequeñas que las del prurigo.

El sitio de predileccion del líquen es toda region de piel fina y húmeda.

El líquen desnaturaliza la piel, la engruesa y exagera sus pliegues cuando es antiguo y crónico.

El líquen, aunque es por sí mismo una afeccion papulosa, es decir, seca y sin secrecion, se complica sin embargo algunas veces en una de sus formas de una especie de secrecion húmeda que recuerda la que tiene lugar al fin de las crísis de la enfermedad que estudiamos.

Por estos diferentes motivos creemos que esta enfermedad

sería más justamente denominada *líquen* que no *prurigo latente ó sin pápulas.*

Nosotros confesamos, sin embargo, que aunque más semejante al líquen que al prurigo, está desprovista del carácter patognomónico, de la lesion anatómica madre del líquen, que es la pápula; ó por lo ménos esta lesion anatómica no es apreciable, no es comprobable. Si por este motivo no se quiere que sea un líquen, diremos que hay en ella una hiperestesia de la piel, una especie de neuralgia sin lesion, en una palabra, una afeccion nerviosa sin lesion, ó en otros términos, un *prurito sin pápula o sin prurigo.* Y como el asiento de esta afeccion es con mayor frecuencia la region genital, la llamaremos, considerándola como puramente nerviosa, un *prurito genital.*

Curareis esta enfermedad por el tratamiento local, sobre el cual hemos insistido para el prurigo. Así, pues, medicacion local, revulsiva y perturbadora de la inervacion; aplicaciones hidroterápicas, duchas frias ó muy calientes, embrocaciones repetidas con la tintura de yodo y con el aceite de enebro; lociones repetidas con la solucion siguiente, de la cual se pondrá una cucharada de café en la cuarta parte de un vaso de agua:

Sublimado.....	1 gramo.
Clorhidrato de amoniaco.....	1 gramo.
Agua.....	100 gramos.

Se prescribirán de 4 á 6 lociones por dia: estas lociones serán prolongadas; se recomendará á los enfermos que no se enjuguen y que se espolvoreen despues de cada locion con polvos de almidon.

Estos diversos medios locales ó externos bastarán, en la inmensa mayoría de casos, para curar el *prurito genital.* Si este prurito es refractario, muy antiguo y notable por sus recidivas, puede considerarse como dependiente de una causa diatésica herpética, y entónces se someterá al enfermo al tratamiento arsenical, que será prescrito en union con el tratamiento externo.

FIN DE LA PRIMERA PARTE.

SEGUNDA PARTE

LECCION TREINTA Y UNA.

Caractéres generales de las lesiones cutáneas de la escrófula bajo el punto de vista de su diagnóstico.

Señores:

El hospital de San Luis es la patria adoptiva de la escrófula; él es su refugio, pudiera áun decirse su paraíso terrenal, tan excelentes son las condiciones de higiene, de habitacion y de tratamiento de que dispone para ella. Tenemos aquí dos categorías muy distintas de escrofulosos: unos son enfermos, están hospitalizados, como veis, en nuestras salas; otros, á pesar de las deformidades frecuentemente repugnantes, consecuencia de lesiones más ó ménos antiguas, ó más bien, á causa y en razon misma de estas deformidades, muy horrorosas para permitir á estos desdichados permanecer fuera de aquí en la vida social, son conservados y permanecen aquí definitivamente, utilizados ó investidos de diversas funciones; los encontrareis por todas partes, á cada paso, en plena actividad de servicio y de empleo; sus rostros llenos de costurones, á veces sin narices, que en cualquier otra parte serían objeto de horror y de disgusto, pasan aquí casi desapercibidos; tan habituados á ellos estamos. Vosotros habréis sido en un principio, como nosotros tambien, penosamente afectados al verlos; pero esta primera y desagradable impresion no existe ya desde que se está aclimatado en el hospital de San Luis. Veamos, pues, cuál es esta

enfermedad, tan comun á la vez y tan terrible por los estragos que ocasiona.

Se designa con el nombre de *escrófula* una enfermedad constitucional, hereditaria, no contagiosa, crónica, cuyas lesiones crónicas tambien en su evolucion, ya hipertróficas, ya ulcerosas y destructivas, atacan la piel, las mucosas, los tejidos celular y fibroso, los cartílagos, los huesos y las vísceras; están fijas en su asiento, sin dolor, sin reaccion general y dejando tras de sí, cuando curan, cicatrices indelebles y patognomónicas.

Al lado y fuera de la enfermedad escrofulosa hay tambien la constitucion escrofulosa; ésta resulta de la reunion de diferentes estados físicos anormales, cuyo conjunto la caracterizan. Estos consisten en falta de armonía en las proporciones de diversas partes del cuerpo; la cabeza muy grande ó muy pequeña; los miembros muy largos ó muy cortos; deformidades de la cara, cuya expresion es frecuentemente nada graciosa y desagradable, cuando no es repugnante; la frente es á veces corta, estrecha y deprimida, ó ya de una eminencia exagerada; los ojos pequeños, apénas abiertos, los párpados abotagados, como infiltrados, legañosos; la nariz chata, es corta, deprimida, hundida en su raíz, redondeada en su extremidad libre y en sus alas, cuyo espesor estrecha la abertura de las fosas nasales. La boca es habitualmente muy grande; los labios gruesos, están vueltos hácia fuera; los pómulos son salientes, el diámetro transversal de la cara muy considerable; la piel es fina, mate, terrosa ó, por el contrario, de un rojo oscuro dispuesto en placas claramente circunscritas y que no se confunden con las coloraciones circundantes. El cuello es corto y voluminoso; el pecho estrecho, el vientre abultado; los dedos tienen su extremidad prolongada en forma de espátula.

La sensibilidad general es comunmente obtusa, la imaginacion lenta, la inteligencia limitada, los sentidos poco desarrollados.

Las funciones animales permanecen á veces normales; fre-

cuentemente tambien presentan las anomalías más pronunciadas; la inapetencia alterna con el apetito más inmoderado; la constipacion más tenaz con una diarrea difícil de cohibir. En una palabra, á la falta de armonía en las formas exteriores corresponde una falta de equilibrio y de regularidad en el ejercicio de las funciones fisiológicas.

Tales son los principales atributos del temperamento escrofuloso. Veamos ahora cómo se caracterizan en su fisonomía las diversas lesiones que constituyen la escrófula ó la enfermedad escrofulosa.

Señores, muchas enfermedades tienen un sello patognomónico y rasgos totalmente acentuados y distintivos, que se las reconoce en seguida, á primera vista, y en cierto modo, á distancia, como ocurre con la tísis pulmonar, la peritonitis, la fiebre tifoidea... Esto mismo sucede con las lesiones de la escrófula; ellas poseen caractéres exteriores tan marcados, que podeis, en la inmensa mayoría de casos, diagnosticarlas sin dificultad; estos caractéres son los que quiero mostraros hoy.

1.° *Asiento.*—Las lesiones de la escrófula, cualesquiera que ellas sean, tienen dos sitios predilectos: la cara y el cuello. En la cara buscan de preferencia la nariz y los pómulos. En el cuello se las encuentra en dos puntos diferentes: en la region submaxilar y en las regiones laterales y longitudinales.

2.° *Fijeza.*—La inmovilidad es uno de los más precisos caractéres de las lesiones escrofulosas. Permanecen allí donde se han establecido en un principio; permanecen allí años enteros, diez, quince, etc.; recorren todas las fases de su evolucion sin cambiar de sitio. Para apreciar mejor en todo su valor, en lo que respecta al diagnóstico este carácter de fijeza, recordad la movilidad excesiva de las lesiones de la sífilis, que son esencialmente nómadas, esparcidas por todo el cuerpo, ó por lo ménos que se las ve recorrer sucesivamente toda su extension. Recordad las lesiones del herpes, que se generalizan y se esparcen simétricamente á todo lo largo de los miembros y del tronco; tan sólo las lesiones de la escrófula son inmóviles.

3.° *Duracion.*—Nos presentan la doble fijeza de sitio y de duracion. En efecto, la cronicidad es uno de sus atributos más constantes, y su duracion es con frecuencia indefinida.

4.° *Ausencia de dolor y de reaccion general.*—Miéntras que las lesiones del herpes presentan, entre sus caractéres más constantes, el fenómeno dolor, con diversos grados de intensidad y variado bajo diferentes formas (comezones, pinchazos, lancetazos, escozores, quemaduras), las de la escrófula gozan por este concepto de la inmunidad más notable; vereis las escrofúlides más extensas, las más profundas, las ulceraciones, las destrucciones más vastas y más espantosas, no dar lugar á dolor alguno, no despertar trastorno alguno general ni desórden funcional, y coincidir con la mejor salud.

5.° *Coloracion.*—Las lesiones del herpes se nos presentan con colores múltiples y variados; las de la sífilis son invariablemente de un color rojo morenuzco, que se le ha comparado al del jamon crudo; las de la escrófula son de un rojo más vivo, más vinoso. Son con frecuencia vastas placas de un rojo frambuesado, que desaparecen á la presion del dedo, para reaparecer inmediatamente despues, á la manera de los exantemas. Esta coloracion, en un todo patognomónica, y que pertenece exclusivamente á la escrófula, constituye por sí sola á veces toda la lesion, y otras acompaña á otras lesiones, alrededor de las cuales forma una aureola cuyo tinte será siempre precioso para esclarecer el diagnóstico.

6.° *Hipertrofia*; 7.°, *atrofia.*—Las lesiones de la escrófula, cualesquiera que sean, tienen un carácter que les falta rara vez; este es la hipertrofia de los tejidos que la sirven de asiento. Estos tejidos están engrosados, abotagados, como infiltrados y de un espesor mucho más considerable que en el estado normal. Que este abotagamiento exista sólo como lesion, ó que esté acompañado de alguna otra afeccion, cuando aquel cura, se hace asiento de un trabajo de absorcion, de intussuscepcion que produce una verdadera atrofia de los tejidos precedentemente hipertrofiados. De suerte que, si la *enfermedad* estaba

caracterizada por *una deformidad hipertrófica*, la *curacion* se caracteriza á su vez por *una deformidad atrófica*. De aquí esos ectropions que suceden á la hipertrofia de los párpados; de aquí esas narices que quedan tan puntiagudas y lanceoladas despues de haber tenido un desarrollo exagerado; de aquí esos labios, otras veces abotagados y muy gruesos, y despues anormalmente adelgazados y fruncidos, que, desfigurando la boca, son insuficientes para cerrarla completamente, dejando escapar la saliva y haciendo difíciles la palabra y la masticacion.

8.° *Tendencia á la supuracion, á la ulceracion y á la destruccion.*—Además de los caractéres precedentemente indicados, las lesiones de la escrófula se distinguen por esta triple tendencia.

a. El pus que producen es seroso, mal trabado, sin espesor, sin homogeneidad, y contiene porciones de tejido celular ó fragmentos ganglionares desprendidos.

b. Las ulceraciones se distinguen por caractéres del todo patognomónicos y que por sí solos bastan para hacer conocer su naturaleza. Sus bordes son delgados, desprendidos ó despegados, de suerte que el fondo de la úlcera es más ancho en realidad que en apariencia, puesto que esta ulceracion se prolonga bajo sus bordes, que son siempre fáciles de levantar. El fondo de la ulceracion es fungoso, desigual, lleno de mamelones carnosos, saniosos y violáceos. Luégo si teneis presente: 1.°, que las ulceraciones sifilíticas tienen sus bordes cortados á pico, nunca despegados, perfectamente limitados y su fondo liso, unido y tapizado de una especie de membrana grisácea; 2.°, que las ulceraciones del cancroide tienen sus bordes salientes, indurados, cartilaginosos, vueltos hácia fuera, y su fondo sembrado de eminencias duras y angulosas; 3.°, que las ulceraciones herpéticas son superficiales y tienen sus bordes cortados en bisel y nunca despegados: si recordais bien los caractéres diferenciales de estas ulceraciones de diversas naturalezas, podreis siempre y á primera vista reconocer y diagnosticar la ulceracion de la escrófula.

c. La úlcera escrofulosa es unas veces superficial y serpiginosa: en este caso destruye las partes en superficie; á medida que avanza periféricamente, las partes centrales, que primero habia ocupado, se cicatrizan y quedan al estado de tejido reticulado, desigual, abollado é hipertrofiado: otras veces, por el contrario, la úlcera escrofulosa corroe las partes en profundidad; destruye la piel, todos los tejidos blandos y los cartílagos, perfora los huesos y produce esos estragos tan espantosos que hacen de los desdichados enfermos, verdaderos monstruos horrorosos y repugnantes. Tanto es esto cierto, que podeis ver en este hospital ojos sin párpados, caras sin nariz, fosas nasales abiertas, comunicándose, á traves de la bóveda palatina perforada, con la cavidad bucal deformada por los labios que se han hecho impropios para cerrarla, dejando al descubierto las encías, los dientes y la lengua y no pudiendo retener la saliva, cuya salida incesante es tan repugnante á la vista como debilitante para el enfermo.

9.° *Escamas.*—La escrófula tiene sus escamas como el herpes y la sífilis; se distinguen por sus pequeñas dimensiones; son, en cierto modo, furfuráceas en cuanto á su extension, pero son al mismo tiempo gruesas, densas, resistentes, rugosas y sobre todo excesivamente adherentes á las partes subyacentes, de las cuales es imposible desprenderlas sin producir escoriaciones.

10. *Costras.*—Miéntras que las de la sífilis son gruesas, secas, duras, angulosas y de un color verde morenuzco análogo al bronce florentino, las costras de la escrófula tienen ménos espesor, ménos sequedad, ménos dureza; tienen ménos homogeneidad, son más aplanadas; son como estratificadas, formadas de muchas capas alternativamente grises y negras; su aspecto es grisáceo, en vez de ser, como en la sífilis, de un verde oscuro,

11. *Cicatrices.*—La escrófula se sobrevive en cierto modo á sí misma y continúa, despues de su curacion, caracterizándose por las cicatrices que produce y en las cuales podreis

siempre reconocer su marca, su sello y las huellas visibles y palpables de su existencia pasada. Estas cicatrices son indelebles; son más ó ménos hundidas; forman una depresion cuyo fondo es desigual y atravesado por bridas salientes. Estas cicatrices se adhieren constantemente á las partes subyacentes, sobre las cuales no se deslizan y de las cuales es imposible separarlas. Las cicatrices de la sífilis, por el contrario, están al nivel de las partes vecinas; la piel que las cubre está notablemente adelgazada, pálida y descolorida, lo que hace semejarlas á manchas blanquecinas; están estampadas como las cicatrices de la vacuna y no se adhieren nunca á las partes subyacentes, sobre las cuales pueden deslizarse fácilmente. Así, pues, no hay confusion posible entre la cicatriz sifilítica y la cicatriz escrofulosa, y por consiguiente el diagnóstico retrospectivo y póstumo de la escrófula, es siempre posible por el carácter de las cicatrices que deja en pos de sí.

Ya veis, señores, que la escrófula tiene en todas sus lesiones exteriores una fisonomía que no pertenece sino á ella y cuyos rasgos patognomónicos son tan bien acentuados que, salvo en casos raros y excepcionales, podreis siempre reconocerla.

LECCION TREINTA Y DOS.

Lesiones cutáneas de la escrófula bajo el punto de vista de su clasificacion, de sus caractéres anatómicos, de su pronóstico y de su tratamiento.

Señores:

El mártes último presenté á vuestra consideracion, como en un cuadro sinóptico, el conjunto de todas las lesiones de la escrófula; os las mostré en sus caractéres exteriores; os hice ver que todas, cualquiera que sea su especie, tienen en su fisonomía, en su evolucion y en su manera de ser, cierta cosa especial, ciertos rasgos patognomónicos, que las distinguen y que descubren su naturaleza. Estos rasgos patognomónicos los hemos comprobado en el *sitio de eleccion* de las lesiones: la nariz, los pómulos y las regiones submaxilares; en *su fijeza* en guardar este mismo sitio por toda su duracion; en *la cronicidad de su forma y de su duracion*; en *la inmunidad de que gozan*, ya con respecto al *dolor local*, ya con respecto á *la reaccion general*; en *la coloracion rojo-vinosa* que les pertenece; en las *hipertrofias* de tejido que las acompañan, y en las *atrofias* que producen al curarse. Si estas lesiones eran *escamas*, os las presenté caracterizándose como escrofulosas por sus *rugosidades y sus excesivas adherencias*; si eran *ulceraciones*, os presenté *sus bordes delgados y despegados*, *su fondo desigual*, *fungoso y violáceo*, *del mismo modo que su alrededor*. En fin, os he enseñado á reconocer la escrófula en

las *costras grisáceas, estratificadas, matizadas de blanco y de negro*, así como tambien á encontrar su huella en las *cicatrices deprimidas*, llenas de *costurones y adherentes* que deja tras de sí.

Despues de esta ojeada general sobre el conjunto de todas las manifestaciones escrofulosas, sólo con respecto á su diagnóstico, vamos hoy á estudiar una á una, y rápidamente, cada una de estas manifestaciones, relativamente á las lesiones anatómicas que las constituyen, y á las indicaciones terapéuticas á que dan lugar.

ESCROFÚLIDES.—DE SUS DIVERSAS ESPECIES.

Largo tiempo desconocidas, y confundidas con las lesiones cutáneas del herpes y de la sífilis, las dermatosis escrofulosas fueron estudiadas primero por Willan y Bateman, y descritas con el nombre vago y pintoresco de *lupus*. Estos autores se habían fijado particularmente en el carácter maligno, invasor y destructivo de estas lesiones, y las habían comparado á la ferocidad del lobo; de aquí el nombre de *lupus*. Esta denominacion, señores, es defectuosa; porque si con ella se expresa la malignidad escrofulosa, puede tambien aplicarse á la sífilis y al cáncer, no ménos malignos que la escrófula, y habría tambien un lupus sifilítico y un lupus canceroso.

Sin embargo, aunque sea defectuosa esta denominacion de lupus, M. Cazenave la adapta y describe cuatro especies de lupus: 1.°, *lupus eritematoso*; 2.°, *tuberculoso*; 3.°, *ulceroso*; 4.°, *hipertrófico*. El nombre de *lupus* no puede admitirse científicamente, como ya hemos dicho; por lo tanto, esta clasificacion que se le consagra, debe ser igualmente abandonada. En efecto, el lupus ulceroso no es más que el lupus tuberculoso en su segundo período, y el hipertrófico no puede constituir una especie ó variedad de lupus, pues que hemos visto que la hipertrofia de los tejidos es compañera constante de casi todas las lesiones de la escrófula.

A MM. Bazin y Hardy se debe el haber encontrado la feliz denominacion de *escrofúlides* para designar las lesiones cutáneas de la escrófula.

M. Bazin reconoce tres clases de escrofúlides: 1.°, *eritematosa*; 2.°, *ulcero-crustácea*; 3.°, *tuberculosa*. A pesar de la inmensa y muy legítima autoridad que tiene el nombre de M. Bazin, no podemos admitir su clasificacion de escrofúlides por dos razones: la primera, porque es incompleta, por cuanto no comprende varias lesiones, que desconoce, y que por lo mismo pasa en silencio; la segunda, porque á ejemplo de M. Cazenave, coloca en dos clases diferentes una misma y sola lesion, segun que esté en su primero ó en su segundo período; así es que la escrofúlide ulcero-crustácea no es otra que la escrofúlide tuberculosa que ha llegado á su período ulceroso.

M. Hardy admite cinco clases diferentes de escrofúlides: 1.ª, *eritematosa*; 2.ª, *acneica ó córnea*; 3.ª, *pustulosa*; 4.ª, *tuberculosa*; 5.ª, *flegmonosa*. Nosotros aceptamos esta clasificacion, á condicion de que se le añada una sexta clase, *la escrofúlide rupiforme*, de la cual voy á presentaros un notable ejemplo, el mismo que ya os he enseñado y descrito el año pasado.

1.° *Escrofúlide eritematosa.*—Se la encuentra tambien designada con el nombre de *erisipela crónica*. Está caracterizada por la coloracion rojo-vinosa especial, perteneciente á la escrófula, y sobre la cual hemos insistido en nuestra precedente leccion. Ocupa preferentemente la nariz, las mejillas y los labios. Se ostenta por una sola placa, más ó ménos extensa, ó por varias placas de formas y dimensiones variables; la coloracion rojo-vinosa desaparece á la presion del dedo para reproducirse inmediatamente despues; es claramente circunscrita y limitada; no se confunde con el color de las partes circundantes, sobre las cuales se desprende, formando un cordoncillo festoneado y muy marcado; los tejidos subyacentes están con frecuencia hipertrofiados y como infiltrados, es decir, que son el asiento de la hipertrofia que hemos descrito como uno de los

caractéres inherentes á todas las lesiones de la escrófula, de tal suerte, que la coloracion hipertrófica forma un relieve muy acentuado, apreciable á la vista y al tacto, y que resalta, no sólo por su color, sino tambien por una eminencia muy marcada que forma en medio de las partes circundantes. Sobre la superficie eritematosa se producen á veces las escamas características de la escrófula; se dice entónces que la escrofúlide es *eritemato-escamosa*. Que haya ó no escamas, la evolucion y los caractéres de esta escrofúlide son los mismos; duracion siempre larga, algunas veces de seis ú ocho meses y áun seis ú ocho años; á veces tambien, su duracion es indefinida; ausencia de dolor local, como tambien de toda reaccion general, parece que existe casi sin saberlo el enfermo, cuya salud en nada se resiente. Cuando se cura, la intensidad de su coloracion disminuye progresivamente, al mismo tiempo que se borra el relieve que formaba. Aun cuando no haya habido ulceracion alguna durante su largo desarrollo, queda una verdadera cicatriz, con todos los caractéres de la cicatriz escrofulosa. Esta cicatriz, resulta de un trabajo de absorcion intersticial y de una verdadera intussuscepcion, que se verifican en el espesor de las partes eritematosas é hipertrofiadas; de aquí las eminencias, las bridas y las depresiones alternativas que constituyen la cicatriz escrofulosa y la hacen indeleble.

2.° *Escrofúlide acneica ó córnea.* — Sobre la superficie eritematosa se ven á veces elevarse eminencias puntiagudas, de consistencia dura y córnea, semejantes á las que veis en esta bella pieza, perteneciente á nuestro Museo; estas eminencias están constituidas por la materia sebácea que está concretada é indurada en el interior de los conductos escretores dilatados, llegando á tomar, con el tiempo, la consistencia del cuerno. Esta lesion del aparato sebáceo y esta modificacion en su secrecion, son la consecuencia de lesiones hipertróficas y congestivas producidas en toda la region, y cómo estas lesiones primordiales llegan á ser, á su vez, una manifestacion escrofulosa muy importante para ser señalada, y áun para cons-

tituir una clase distinta de escrofúlides. La escrofúlide acneica tiene siempre una larga evolucion. Cuando la materia sebácea ha concluido por desprenderse, los canales escretores que ella dilataba permanecen abiertos; despues se retraen y obliteran. Al retraerse atraen hácia sí los tejidos á los cuales se adhieren; de aquí las cicatrices desiguales, profundas é indelebles. Esta forma de acné se distinguirá fácilmente del acné simple: 1.°, por su existencia en partes primitivamente atacadas de lesiones escrofulosas; 2.°, por su duracion; 3.°, por el grado de induracion de la materia sebácea, bien distinto seguramente de la del acné sebáceo concreto ordinario, en el cual la materia sebácea tiene la consistencia del aceite cuajado, ó la de un cuerpo graso que se aplasta fácilmente entre los dedos; y 4.°, en fin, por las cicatrices profundas é indelebles que deja tras sí.

3.° *Escrofúlide pustulosa.* — Esta es la que se encuentra impropiamente designada con el nombre de *impétigo escrofuloso maligno* ó de *impétigo rodens*. Su lesion primitiva está representada por pústulas pequeñas, confluentes, que se cubren de costras de un color amarillo negruzco. Estas costras son persistentes, se hacen cada vez más gruesas y se ensanchan por efecto del trabajo de ulceracion y de supuracion que continúa produciéndose en los tejidos que cubren. De escasas dimensiones, y limitadas en un principio á un punto poco extenso, pueden invadir superficies considerables á medida que extiende el trabajo ulcerativo y destructor que cubren, y de que son consecuencia. En esta escrofúlide la destruccion se produce principalmente en superficie; comprende todos los tejidos blandos: piel, músculos y aponeurosis; pero habitualmente se detiene en los huesos, que la presentan una barrera infranqueable. La mayor parte de la piel puede ser de este modo, destruida y transformada en una vasta úlcera fungosa, cubierta de una capa costrosa, húmeda y exudante.

Esta forma de escrofúlide, más grave que las dos precedentes, tiene el mismo asiento que ellas: la nariz, las mejillas y

los labios; su duracion es siempre muy larga. Puede curar sin tratamiento local; en este caso se produce un trabajo cicatricial bajo las costras, las cuales se desprenden por sí mismas cuando la cicatriz es completa. Pero en ciertos casos, á pesar de la intervencion del tratamiento más racional, se prolonga indefinidamente; no cesa de producirse una supuracion abundante y continua en las superficies vastas y profundas; la constitucion, extenuada, se altera cada vez más; aparece la fiebre héctica y el enfermo perece por consuncion. Este es el fin que tuvo el individuo á quien perteneció la cabeza que os enseñé, modelada por nuestro hábil artista M. Baretta.

4.° *Escrofúlide tuberculosa.*—Esta es, de todas las especies de escrofúlides, la más grave. Comprende tres variedades: su lesion madre es el tubérculo escrofuloso, que ya hemos descrito en nuestra precedente leccion. En la primera variedad, que es la que tiene gravedad menor, el tubérculo no se ulcera, permaneciendo en el estado tuberculoso; su duracion puede ser indefinida, pero, cualquiera que ésta sea, el tubérculo no cambia, conserva su estado primitivo. Otras veces, al cabo de un tiempo siempre largo, el tubérculo es asiento de un trabajo de absorcion intersticial, y desaparece dejando en su lugar una cicatriz. En la segunda variedad el tubérculo se ulcera; esta ulceracion se verifica extendiéndose en superficie, pero permaneciendo siempre poco profunda. Hé aquí lo que sucede comunmente: los tubérculos, más ó ménos numerosos, están colocados en grupos en la nariz ó en las mejillas; se ulceran; la parte central de la ulceracion se cicatriza al cabo de mucho tiempo; pero se forman en su periferia nuevos tubérculos, que se ulceran á su vez. Por lo tanto, esta ulceracion sigue una marcha centrífuga: comenzando en la parte media de la mejilla ó en la nariz, puede invadir la mayor parte de la cara, ganar los párpados, subir á la frente, descender al cuello, y al mismo tiempo que se propaga periféricamente, deja tras sí las partes centrales primitivamente ulceradas, deformadas, en estado de un tejido cicatricial rodeado de una zona

tubérculo-ulcerosa. Esto es lo que se ha llamado *lupus voraz en superficie.*

En la tercera variedad, la más grave, los tubérculos son ménos numerosos, pero más voluminosos, más duros, y un color más rojo y más violáceo; la ulceracion de que se hacen asiento comienza por destruirlos; despues ésta destruye sucesivamente todos los tejidos blandos, llega á los cartílagos y á los huesos, que perfora y destruye á su vez. El asiento habitual de esta escrofúlide es la nariz; en este órgano es donde ocasiona sus primeros estragos; destruye en él sucesivamente la piel y demas partes blandas; despues ataca los cartílagos, que corroe poco á poco; ataca más ó ménos los huesos propios, destruye el vómer, perfora la bóveda palatina en su parte ósea, así como el velo del paladar, establece una comunicacion directa entre la boca y las fosas nasales y ulcera y destruye progresivamente los labios, dejándolos impropios para cerrar la boca y retener la saliva. Por esta causa, dicha escrofúlide hace de los desdichados que la padecen verdaderos monstruos horrorosos, condenados á la existencia más miserable, cuando no sucumben á consecuencia de los desórdenes fisiológicos, de los trastornos funcionales graves, de la supuracion y de la emanacion que son consecuencia de tan espantosos estragos. Esta variedad de escrofúlide puede, pues, causar la muerte. Cuando cura, lo hace despues de mucho tiempo, y dejando á los enfermos del todo desfigurados: ya absolutamente sin nariz ó con una nariz achatada, aplastada en su raíz, despues de la destruccion de los huesos propios y el vómer; ya con una nariz puntiaguda, lanceolada, de la cual una de las alas está destruida ú obliterada. Si las ulceraciones han atacado los párpados, estos quedan tirantes por las bridas, que tambien los vuelven hácia fuera, formando ectropions, cuyo aspecto es tan desagradable como peligrosos para la conservacion de los ojos. La misma escrofúlide ocasiona en el cuello bridas que son causa de tortícolis, y cuando ocupan el antebrazo pueden determinar, como en la mujer que os he enseñado,

flexiones forzadas de los dedos cuyos movimientos son absoluta y definitivamente imposibles. Esta curacion, tan triste en sus consecuencias, puede, en ciertos casos, ser espontánea; resulta de la cesacion del trabajo ulcerativo y de la cicatrizacion de las partes ulceradas. Lo más frecuente es que sea la consecuencia de un tratamiento racionalmente dirigido.

5.° *Escrofúlide flegmonosa.*—M. Hardy describe con este nombre pequeños abcesos flegmonosos, limitados al espesor del dérmis y del cual no pasan. Están señalados por el enrojecimiento, tumefaccion y adelgazamiento de la piel, que se perfora para dar salida á algunas gotitas de pus mal trabado. A esto sucede una pequeña ulceracion y se forman sucesivamente varios abcesos semejantes: despues de la curacion, siempre muy larga de obtener, quedan bridas cicatriciales como en las otras especies de escrofúlides.

6.° *Escrofúlide rupiforme.*—El año pasado, os presenté un enfermo que tenía en la region esternal, una vasta costra con todos los caractéres de una costra de rupia; estaba rodeada de una aureola de color rojo-vinoso que acusaba la naturaleza escrofulosa de la lesion: esta era, pues, una rupia escrofulosa ó una escrofúlide rupiforme. Esta hermosa pieza patológica, ha sido modelada por M. Baretta, y desde hace un año la tenemos en nuestro Museo y es la que en este momento os presento. En cuanto al enfermo, abandonó nuestra clínica, curado, despues de tres ó cuatro meses de tratamiento. Pero ¡cuál ha sido nuestra sorpresa al ver, hace dos dias, al mismo enfermo atacado de nuevo exactamente de la misma lesion, en las mismas proporciones y en el mismo sitio! Vedle aquí; observadlo bien; observad al mismo tiempo esta pieza, modelada el año pasado, y decidme si no puede creerse que está modelada de ayer sobre la lesion actual. Este caso es doblemente interesante: primero, porque prueba la existencia incontestable de una variedad ó de una especie de escrofúlide que tiene todos los caractéres de la rupia, y á la cual, por consiguiente, nosotros daremos el nombre de *escrofúlide rupiforme;* se-

gundo, porque os suministra uno de los más notables ejemplos de *la fijeza*, que pertenece á la escrófula. *Fijeza en la lesion*: esta misma lesion existía el año pasado y fué curada: este año reaparece idénticamente la misma. *Fijeza en el sitio*: veis que está implantada exactamente en la misma region que el año pasado y en el mismo sitio, esto es, en medio de la region esternal. En fin, *fijeza en la duracion*, es decir, la cronicidad. Estos caractéres de fijeza son muy dignos de notar, porque podrían por sí solos bastar para establecer el diagnóstico de la naturaleza escrofulosa de la lesion rupiforme. En efecto, las lesiones del herpetismo no están así limitadas á una sola region; están muy extendidas, simétricamente dispuestas y erráticas en su evolucion. Las lesiones de la sífilis son variables y proteicas en sus manifestaciones; no tienen ni la fijeza de sitio ni la fijeza de forma ó de especie: cuando se extinguen una vez y reaparecen ulteriormente, es casi siempre bajo otra forma y en otra region.

PRONÓSTICO DE LAS ESCROFÚLIDES.

Es siempre grave: 1.°, por el hecho mismo de su naturaleza; 2.°, por su duracion siempre larga, á veces indefinida; 3.°, por las lesiones, por los estragos que ocasionan y las deformidades que dejan en pos de sí. Sin embargo, la gravedad del pronóstico varía segun las diversas especies de escrofúlides. La escrofúlide *tuberculosa* es la más temible de todas; despues, por órden de gravedad, vienen las escrofúlides *rupiforme* y *pustulosa*. Las escrofúlides *eritematosa*, *acneica* y *flegmonosa*, caracterizadas por lesiones anatómicas ménos graves, deberán, por esta misma causa, haceros formar un pronóstico ménos grave.

TRATAMIENTO DE LAS ESCROFÚLIDES.

Siempre deberá ser doble: 1.°, tratamiento interno ó diatésico; 2.°, tratamiento externo ó local, es decir, que es necesario cuidar al mismo tiempo la enfermedad escrofulosa y las lesiones por que se manifiesta.

El tratamiento de la escrófula comprenderá:

1.° *La higiene:* habitaciones sanas, vastas, muy aireadas y expuestas al sol; vestidos de lana sobre la piel; alimentacion esencialmente tónica; carnes medio asadas; peces, de mar principalmente; huevos, manteca fresca, legumbres herbáceas frescas; vinos rojos generosos.—Vida activa, lo más posible; levantarse temprano; desarrollo de las fuerzas musculares por el trabajo manual, por la gimnasia y por el ejercicio á pié y á caballo; buscar un país sano, cuyo aire sea seco, puro, vivo y caliente; prohibir las profesiones incompatibles con estas condiciones higiénicas, que nunca deben abandonarse.

2.° *Los medicamentos:* aceite de hígado de bacalao, diversas preparaciones yodadas y el yoduro de potasio yodurado. Nosotros prescribimos con ventaja la solucion compuesta siguiente, que hacemos tomar en tres veces en las veinticuatro horas, en el momento de las comidas:

Agua.....	150	gramos.
Yoduro de potasio.....	1	»
Jarabe de cortezas de naranjas agrias.	30	»
Tintura de yodo.....	10	gotas.

Os recomendamos igualmente el vino yodado de Béguin, magnífica preparacion yódica que damos á la dósis de dos grandes cucharadas en cada una de las tres comidas; tiene, entre otros méritos, el de no poseer ningun saber desagradable.

No debereis olvidar la quina, que dareis bajo todas formas (vino de quina, chocolate de quina, etc...); los ferruginosos.

cuyo uso debe ir unido al de la quina y los yódicos. Dareis la prefereneia á las diversas preparaciones en las cuales el hierro se encuentra en estado de sal soluble y disuelta: como el vino de cuassia ferruginoso, la esencia ferruginosa de zarzaparrilla, etc., etc. Recurrireis tambien á las diversas aguas minerales, ferruginosas, sulfurosas y acídulas, tales como las aguas de la Bauche, una de las que nosotros empleamos con mejor éxito; las aguas de Marcols, de Orezza, etc., que se harán tomar en las comidas mezcladas con el vino. No descuidareis de excitar las funciones de la piel por los baños ferruginosos, sulfurosos, alcalinos, aromáticos... Las diversas apliciones hidroterápicas, duchas frias en lluvia, en columna y en círculo, os darán tambien muy buenos resultados, no sólo por la excitacion que determinan en la piel, si que tambien por el estímulo general que dan á todas las grandes funciones fisiológicas. Lo mismo diremos de los baños de mar y de ciertas aguas minerales, tales como las aguas de Uriage, d'Allevard, las de Aguas-Buenas, de Luchon, etc... Para no fatigar el estómago, será bueno interrumpir de tiempo en tiempo el uso de todos los medicamentos durante algunos dias, y despues dar un purgante salino, y volver en seguida á la medicacion, teniendo cuidado de variar las preparaciones medicamentosas.

Tal debe ser el tratamiento general dirigido contra la escrófula: deberá siempre ir unido al tratamiento local indicado por la naturaleza de las lesiones cutáneas que caracterizan cada escrofúlide en particular.

TRATAMIENTO LOCAL.

Varía segun la especie de escrofúlides.

Escrofúlide eritematosa.—¿Cuál es la indicacion que hay que llenar?—Modificar la vitalidad morbosa de las partes que son asiento de la congestion y de la hipertrofia. Esta condicion se llenará con embrocaciones varias veces repetidas cada dia, ya con el aceite de enebro puro, ya con la tintura de yodo

pura, y con el alcohol ya alcanforado; con la solucion siguiente, de la cual se pondrá una cucharada grande en medio vaso de agua fria:

Tintura de benjuí.....	5	gramos.
Sulfuro seco de potasio.....	3	»
Agua.....	300	»

Al mismo tiempo duchas de vapor, duchas alcalinas y duchas sulfurosas *loco dolenti*. Nosotros hemos curado, hace poco, con ayuda de estos medios sucesiva y alternativamente empleados, una mujer que ocupaba la cama núm. 55 de la sala de Enrique IV, y que padecía una escrofúlide eritemato-escamosa de las más pronunciadas. El tratamiento ha sido largo; ha durado lo ménos cinco ó seis meses; pero ha sido eficaz y la enferma ha salido de la clínica completamente curada.

Escrofúlide acneica ó córnea.—El mismo tratamiento, insistiendo siempre muy especialmente en las lociones y las duchas alcalinas muy calientes, á fin de reblandecer y de disolver la materia sebácea indurada.

Escrofúlide pustulosa ó pustulo-crustácea.—Si las costras no aumentan ni en superficie ni en espesor, si no son exudantes y el estado general es bueno, se estará autorizado á pensar que el trabajo cicatricial se opera bajo las costras, y entónces será necesario tratarlas cuidadosamente, no cubrirlas de ningun tópico que pueda acelerar su caida; son el mejor órgano de proteccion para las partes ulceradas en vías de cicatrizacion; por consiguiente, bastará con el tratamiento general. Pero si, por el contrario, el trabajo ulcerativo hace progresos, será necesario recurrir á una medicacion local muy enérgica. La indicacion que hay que cubrir será ésta: modificar la vitalidad morbosa de una ulceracion de naturaleza maligna y que, en razon de esta malignidad, es esencialmente ulcerativa y destructiva: en otros términos, destruir la malignidad allí donde se encuentre y reemplazarla por tejidos de buena naturaleza, aptos para producir una cicatriz. Para esto se emplea-

rán primero aplicacaciones emolientes que provocarán la caida de las costras y pondrán al descubierto el fondo de la úlcera, que se encontrará fungoso, desigual y sanioso. Para modificarle, se emplearán con éxito los tópicos más excitantes, los cateréticos, los cáusticos mismos, usando para esto la pomada siguiente:

Manteca fresca.....	30 gramos.
Biyoduro de mercurio.....	15 »

La aplicacion de esta pomada podrá repetirse varias veces con ocho ó diez dias de intervalo. Determinará una inflamacion viva, que se traducirá por una erupcion de pústulas impetiginosas; y esta inflamacion artificial, varias veces repetida, podrá ser definitivamente *sustitutiva*. Se podrá tambien cauterizar todo el fondo de la úlcera, ya con el cáustico de Viena, ya con el sulfo-azafranado, ya con el ácido clorhídrico... Algunas veçes producen excelentes resultados las curas hechas con planchuelas de hilas empapadas en tintura de yodo ó en una disolucion concentrada de clorato de potasa. Debemos repetir que este tratamiento local será largo y señalado por alternativas de mejoría y de exacerbacion, y que deberá ser conducido con mucho tacto y perseverancia. Ocurrirá á veces que el empleo de los cáusticos parecerá activar, y activará realmente, el trabajo destructor. En este caso nos apresuraremos á suprimirlos y reemplazarlos por aplicaciones puramente emolientes, tales como cataplasmas de fécula de patatas, de raspaduras de patatas frescas ó de zanahorias. Hay casos en los cuales los tópicos emolientes y anodinos, sucediendo á los cáusticos, producen los mejores resultados.

Escrofúlide tuberculosa.—Esta es, como hemos dicho, la más temible, la más peligrosa, la que produce los más espantosos estragos; por consiguiente, es en la que será necesario atacar el carácter maligno con mayor energía, segun los datos y los medios indicados á propósito de la *escrofúlide pustulosa*. Que los tubérculos estén ulcerados ó no, es necesario destruir-

los. Pero, cosa rara y de la cual debe la terapéutica tener gran cuenta, cuando esta escrofúlide ocupa la nariz, la desnaturaliza de dos maneras diferentes: al mismo tiempo que la corroe y la devora, oblitera sus orificios de tal suerte, que, si no se tiene cuidado, lo poco que quedará de nariz despues de la curacion será una eminencia informe más ó ménos aguda ó aplastada, y en la cual no se encontrará vestigio de sus aberturas naturales. Es necesario, pues, tener cuidado de evitar este inconveniente y esta deformidad, dejando permanente, en cada orificio nasal, un cuerpo esponjoso y dilatador, como la esponja preparada ó la raíz de genciana, que los mantenga abiertos, impidiendo mecánicamente la retraccion de los cartílagos.

Escrofúlide flegmonosa.—Cataplasmas emolientes y abrir lo ántes posible los pequeños abcesos dérmicos, á fin de prevenir el adelgazamiento, la abertura y la ulceracion de la piel, y de este modo obtener cicatrices ménos apararentes y ménos deformes.

Escrofúlide rupiforme.—Hay que cubrir las mismas indicaciones y emplear los mismos medios que en la *escrofúlide pustulosa.*

Tal es, señores, la historia, tan suscinta, y sin embargo, tan completa como me ha sido posible, de las escrofúlides; es decir, de las lesiones que la escrófula determina en la piel. La hemos trazado en todas sus partes, puesto que hemos considerado las escrofúlides sucesivamente con relacion á sus caractéres exteriores, á su diagnóstico, á sus síntomas subjetivos, á su clasificacion, á las lesiones anatómicas que las constituyen y á las que dejan tras sí, á su pronóstico y á su tratamiento. Antes de terminar, veamos ahora la escrófula fuera de la piel; hemos dicho que ella ataca á casi todos los tejidos y áun á ciertos órganos viscerales. Veamos, aunque rápidamente y de una manera del todo sumaria, cuáles son las lesiones que en ellos determina.

Mucosas.—*Párpados.*—Están tumefactos, rojos, legañosos y costrosos, á consecuencia de la inflamacion y de la hipersecre-

cion de las glándulas de Meibomio; caida y destruccion de las pestañas; retraccion y vuelta de los párpados por efecto de bridas cicatriciales; ectropion, conjuntivitis ocular granulosa, lagrimeo, epífora, arborizaciones, varicosidades vasculares formando una especie de red y de trama roja, en medio de las cuales se producen frecuentemente pústulas; propagacion de la inflamacion á la córnea transparente, fotofobia, queratitis, reblandecimiento y opacidad de una extension más ó ménos grande de la córnea que supura, en el espesor de la cual se forma un foco purulento de un amarillo rojizo, absorbiéndose el pus con frecuencia y dejando á veces tras sí una mancha opaca; más raramente, perforacion de la córnea, estafiloma del íris, pérdida del ojo; infamacion del saco lagrimal; tumor lagrimal; abceso y ulceracion en el ángulo del ojo; algunas veces cáries consecutiva del conducto nasal.

Conducto auditivo.—Otorrea, sordera; á veces perforacion de la membrana del tímpano; cáries de las células mastoideas, del peñasco y de los huesecillos.

Fosas nasales.—Coriza crónico; ulceracion de la mucosa que puede llegar hasta la cáries de los cartílagos y de los huesos; supuracion, y á consecuencia de la retencion del moco pus, ozena, con sus consecuencias de insoportable fetidez.

Istmo de las fauces.—Ulceraciones faríngeas, á veces muy extensas, distinguiéndose de las ulceraciones sifilíticas por sus bordes irregulares, sin limitacion clara y por su fondo desigual, mamelonado y violáceo.

Vulva.—Vilvitis crónica con secrecion puriforme en las niñas... *Estiomene* en las adultas; es decir (segun la descripcion que M. Huguier ha dado de él, el primero, en 1845), engrosamiento hipertrófico parcial, indolente, de evolucion crónica de la mucosa vulvar, con tendencia á una especie de ulceracion destructora, igualmente muy lenta en su marcha, de bordes edematosos, blandos, de fondo desigual, y que no tienen nada de comun ni con la ulceracion del cáncer ni con la ulceracion sifilítica.

Gánglios linfáticos.—Hipertrofia generalmente considerable, á veces enorme, ya permaneciendo dura y sin tendencia á la supuracion, ya, por el contrario, supurando; afecta á los gánglios cervicales, á las dos regiones submaxilares y cervicales laterales longitudinales.

Tejido celular y músculos.—Flemones de marcha más ó ménos lenta, que se terminan por supuracion, comunmente, y algunas veces por una supuracion serosa, sin nada de inflamatorio (abcesos frios); otras veces tumores redondeados, del volúmen de una nuez, formados de tejido embrionario, duros en el principio de su evolucion, y que se reblandecen en seguida en su centro, fundiéndose por la supuracion, y dejando tras sí una ulceracion con todos los caractéres de la úlcera escrofulosa (gomas escrofulosas).

Tejido fibroso. — Reblandecimiento, infiltracion, engrosamiento y degeneracion fungosa.

Huesos.—Cáries que ocupa ya el cuerpo del hueso, y entónces supuracion, á veces muy abundante é interminable, formándose colecciones purulentas enormes y más ó ménos lejanas del sitio de la cáries, ya en las extremidades de los huesos al nivel de las articulaciones, y constituyendo por la alteracion de los huesos de los cartílagos, de las sinoviales, del tejido fibroso periarticular, y en fin, de la piel, lo que se ha designado con el nombre vago de *tumores blancos*. Los huesos que con más frecuencia son asiento de osteitis ó de cáries escrofulosa, son los cuerpos de las vértebras, el esternon, la clavícula, las costillas, el húmero, la tibia y los huesos de las pequeñas articulaciones palmares y plantares.

Escrófula visceral.—En el niño, la escrófula engendra con mucha frecuencia el infarto y la degeneracion tuberculosa de los gánglios mesentéricos, conocida bajo el nombre de *tabes*. En el adulto afecta más frecuentemente el pulmon, donde desarrolla esa forma especial de tuberculosis pulmonar, tan comun en nuestras salas, cuya marcha es lenta, tórpida, sin accidentos inflamatorios, sin hemotisis, y que vemos habitualmente

curar bajo la doble influencia de un tratamiento local enérgico y perseverantemente revulsivo y de un tratamiento diatésico y reconstituyente vigorosamente dirigido.

Cualesquiera que sean el asiento y la forma de las lesiones escrofulosas, no olvideis nunca que no son más que el síntoma ó la manifestacion local de una enfermedad general diatésica, llamada escrófula; no cometais la falta en que incurren ciertos cirujanos, de amputar tumores blancos, sin haber modificado primeramente la constitucion del enfermo, y á riesgo de ver, despues de la amputacion, otras articulaciones invadidas por nuevos tumores blancos. No dejeis nunca de instituir, ante todo, un tratamiento general dirigido contra la diátesis ó contra las diátesis, si, por ejemplo, las diátesis sifilítica ó tuberculosa vienen á implantarse en un terreno primitivamente escrofuloso; y al mismo tiempo no abandoneis un tratamiento local, si está indicado, ya sea emoliente, revulsivo ó modificador, segun las indicaciones presentadas por el sitio, por la forma, por el carácter y por la gravedad de las lesiones.

LECCION TREINTA Y TRES.

Evolucion ordinaria de las lesiones cutáneas de la sífilis; sífilis maligna galopante.

Señores:

Llamo hoy toda vuestra atencion sobre los dos enfermos que os presento: el uno es un jóven de 25 á 30 años que ocupa el número 56 de la sala de San Cárlos; el otro es una jóven de 26 años que ocupa el núm. 59 de la de Enrique IV. Ambos enfermos están atacados de la misma afeccion; y por una coincidencia singular, tenemos á la vista al mismo tiempo dos ejemplos de los más notables, de la forma más grave, y afortunadamente, más rara de la evolucion de los accidentes de la sífilis.

Ved su cara, ¡qué repugnante es por las horrorosas lesiones de que es asiento! ved esas anchas costras redondeadas, gruesas, salientes y formadas de varias capas superpuestas; son negruzcas, de consistencia blanda, y dando salida por entre sus intersticios á un pus sanioso é infecto, coleccionado en abundancia en la superficie de las ulceraciones extensas y profundas que aquellas recubren, recordándonos, por su aspecto, por su coloracion, por su dimension, y por su forma estratificada, cónica y de ancha circunferencia, el aspecto de las conchas de ostra. La frente, el cuero cabelludo, las mejillas y el menton, son el asiento de estas costras; algunas son confluentes y constituyen como una especie de capa; encontramos

estas mismas costras en el tronco, en las regiones esternales, dorsales y lumbares, alrededor de la vulva, en los muslos y en las piernas; el pus que veis salir entre sus fisuras, y que baña todas las superficies ulceradas que las costras, al desprenderse, dejan al descubierto, exhala, en la mujer especialmente, un olor fétido insoportable.

Teneis aquí un doble ejemplo de la rupia sifilítica muy caracterizada. Notad al mismo tiempo el estado general depravado de estos enfermos; sus caras abatidas, sus ojos apagados y hundidos; su piel seca, caliente y descolorida; su lengua, seca tambien, roja en su punta y bordes, y cubierta de un barniz amarillo, verdoso, espeso; su aliento fétido; el estado general de las fuerzas deplorable, debilidad excesiva, sensacion indefinible de postracion y de malestar, inapetencia completa, aversion á los alimentos, diarrea, y al mismo tiempo pulso rápido, pequeño, fiebre intensa y continua; insomnio, causado mitad por la fiebre y mitad por los dolores resultantes del decúbito, sobre las partes ulceradas.

Con estas alteraciones, con estas lesiones de la piel, de un carácter tan grave, con este estado general, tan grave tambien, y con estos trastornos funcionales, tan numerosos y tan profundos, reconocereis seguramente esa forma temible de la sífilis, indicada con el nombre de *sífilis maligna*. Y cuando yo os diga que al *mes* y *medio* solamente, despues de haber contraido el chancro primitivo—el primero que ellos habían tenido en su vida—han llegado estos dos enfermos á este estado; cuando hayais comprendido bien que al cabo de *seis semanas* solamente, despues de la aparicion del chancro de invasion, han visto aparecer la rupia, es decir, una de las lesiones, uno de los accidentes más graves y más tardíos de la sífilis; cuando os hayais hecho cargo, por una parte, de la excesiva gravedad de estos accidentes, locales y generales, y por otra, de su marcha tan rápida, casi puede decirse tan veloz, comprendereis lo que es la *sífilis maligna;* comprendereis tambien por qué á esta calificacion — desgraciadamente muy

justificada — de *maligna*, yo añado esta otra calificacion de *galopante*, que os mostrará que la diátesis sifilítica, ordinariamente lenta y crónica en la evolucion de sus manifestaciones, puede, en ciertos casos, á ejemplo de la diátesis tuberculosa, tomar un carácter más vivo, más agudo, y seguir una marcha más precipitada.

Para comprender aún mejor lo que es la *sífilis maligna galopante*, recordad cuál es la evolucion habitual de las manifestaciones sifilíticas; tened presente los buenos trabajos, las luminosas lecciones de M. Ricord, nuestro maestro en sífilis: cinco ó seis semanas, despues de la aparicion del chancro infectante, comprobareis el infarto característico de los gánglios cervicales é inguinales, la pléyade ganglionar, de la cual no tienen conciencia generalmente los enfermos, porque ni es dolorosa ni visible exteriormente. Al mismo tiempo, sobre toda la superficie del cuerpo, se ven aparecer pequeñas manchas rosáceas, rubeólicas, esparcidas en número infinito y sin órden por los miembros, como tambien por el tronco y la cara. Esta es la *roseola sifilítica*, la primera de las manifestaciones cutáneas de la sífilis; su aparicion pasa frecuentemente casi desapercibida para el enfermo; algunas veces, sin embargo, está señalada por algunos trastornos generales poco importantes, y por una fiebre ligera y sin duracion, que se ha llamado *fiebre sifilítica*.

¿Qué es lo que pasa en el enfermo si está abandonado á sí mismo y sin tratamiento? Al cabo de cinco ó seis semanas se debilitan las bellas tintas rosadas de las manchas rubeólicas, su matiz se pone morenuzco, más oscuro, de un rojo cobrizo; al mismo tiempo se eleva su nivel; ya no son simples manchas, son pápulas; la roseola se ha transformado, *in situ*, en sifílide papulosa. La disposicion de esta segunda manifestacion de la sífilis en la piel permanece la misma; se presentan innumerables pápulas de un rojo moreno, de eminencias más ó ménos pronunciadas, formando constelaciones en todo el cuerpo, como las estrellas en el firmamento. Esta comparacion os pa-

recerá quizás demasiado exagerada, pero es perfectamente exacta. La ciencia, señores, no pierde nada de su austera exactitud cuando se eleva á las regiones más altas y más serenas, para buscar en ellas las comparaciones que necesita: ¿no os parece ella más perfecta y más atractiva, sin ser por eso ménos rigorosa?

En la ausencia de toda medicacion, y abandonadas á su libre evolucion, las pápulas, despues de cinco, seis ó siete semanas, se hacen más salientes, su base se ensancha y penetra más en el espesor del dérmis; las pápulas, pues, se convierten en tubérculos. Así es que la sifílide tuberculosa, con ó sin escamas, nace de la sifílide papulosa, como ésta había nacido de la roseola.

Tal es la sucesion más comun de las lesiones *precoces* de la sífilis. Los tubérculos persisten á su vez dos ó tres meses, despues de los que se debilitan progresivamente y dejan en su lugar simples señales ó vestigios pigmentarios. Estas tres especies de lesiones cutáneas secundarias, que nosotros llamaremos *precoces*, porque suceden inmediatamente al accidente primitivo, han durado entre todas de ocho á doce meses; han dejado la piel *íntegra* sin ulcerarla; apénas si han levantado una pequeña y delgada escama epidérmica, y apénas si han causado más que ligeros trastornos en la salud general, que á menudo queda casi sin alteracion.

Ulteriormente, y despues de un tiempo que varía de uno á dos, y á veces tres años, despues del chancro infectante, si el enfermo ha persistido en no seguir tratamiento alguno, reaparecen los mismos accidentes cutáneos, pero con una forma y disposicion diferentes. Se ve aparecer de nuevo la roseola, pero tiene ahora la forma *circinada*; es la roseola *tardía*. Al mismo tiempo, pero sólo en algunas regiones del cuerpo, reaparecen las pápulas y los tubérculos. Estas lesiones no están, como en su primera aparicion, diseminadas, esparcidas, sin órden y en número infinito por toda la extension del cuerpo; están agrupadas, limitadas á un pequeño número de regiones sola-

mente, donde constituyen frecuentemente, por su disposicion regular, superficies y figuras regulares y comunmente de contornos redondeados; ya son corimbos, guirnaldas, festones, ya círculos ó segmentos de círculos. Estas lesiones cutáneas son tambien accidentes secundarios, pero por su limitacion indican siempre que no son accidentes precoces, y que la sífilis, de que son manifestacion tardía, es ya antigua, de uno ó varios años; nuestro eminente colega y maestro M. Hardy las ha denominado, con mucha razon, *accidentes secundarios tardíos* ó *sifílides secundarias tardías en grupos*.

Hasta aquí la piel no ha sido alterada por ningun trabajo ulcerativo ó de destruccion; es preciso llegar á una época más antigua aún de la diátesis, y que es imposible de fijar de una manera exacta por ser muy variable, pero que frecuentemente no es ménos de dos á tres años, y á veces más, para ver producirse los accidentes terciarios ó ulcerosos. Estos accidentes son muy variables en su forma: ya serán las sifílides en grupos, que vendrán á ser el sitio de ulceraciones que permanecerán fijas, ó por el contrario, que afectarán la forma serpiginosa; ya serán pústulas de ectima que por su poca extension y por sus costras duras, gruesas y persistentes, constituyen la sifílide pustulo-crustácea: en los casos más graves se presentarán las ulceraciones y las costras de rupia. Estas lesiones, cualquiera que sea su forma, son ordinariamente poco numerosas y limitadas á un pequeño número de regiones; con frecuencia trastornan poco la salud general, y los enfermos que de ellas son atacados pueden, en ciertos casos, continuar sus ocupaciones y su género de vida habitual.

Tal es el cuadro de la evolucion más comun de la sífilis; tal es, en su marcha, en su desarrollo y en el carácter de sus manifestaciones cutáneas, la sífilis que se podría llamar normal ó clásica.

Ahora bien: aplicad este cuadro al que nos presentan nuestros dos enfermos; vedlos, uno y otro, seis semanas despues de su chancro infectante, llenos, no por las manchas superfi-

ciales y las manchas rosáceas de la erupcion rubeólica, sino desfigurados, horrorosos y repugnantes por todas esas costras enormes, negruzcas, saniosas é infectas que cubren la mayor parte de su cuero cabelludo, de su rostro, de su tronco y de sus miembros. Veis en la sífilis clásica esas lesiones secundarias, precoces, tan ligeras y tan benignas en sí mismas, en medio de una salud general frecuentemente intacta; y en nuestros dos enfermos veis esas ulceraciones tan numerosas y tan extensas, de las cuales mana incesantemente por debajo y á traves de las costras que las cubren una mezcla repugnante y fétida de pus y sangre; veis esas facciones descoloridas, adelgazadas; esos ojos abatidos, apagados; esos labios secos, esa profunda é indefinible expresion de sufrimiento, esa fiebre intensa, esa postracion, ese aniquilamiento de fuerzas, esa abolicion de apetito y del sueño y todo ese trastorno tan general y tan grave de todas las funciones fisiológicas; y decimos nosotros, en presencia de estos dos cuadros tan diferentes de la misma diátesis, ¿no hay aquí, en realidad, dos formas diferentes, dos manifestaciones distintas, perfectamente marcadas y desemejantes de esta misma diátesis? De una parte, será la forma habitual, ordinaria de la sífilis; de otra, la forma *maligna* y *galopante; maligna*, en razon de la gravedad de las lesiones cutáneas y de la gravedad del estado general; *galopante*, en razon de la rapidez de la invasion, del desarrollo y de la marcha de los accidentes locales y generales.

La sífilis, puede, pues, en ciertos casos, afortunadamente raros, presentarse bajo una forma del todo distinta de la que se le observa habitualmente, y que, por la extrema gravedad de los accidentes locales y generales, á los cuales da lugar, justifica plenamente la denominacion de sífilis maligna galopante; los dos enfermos que acabo de presentaros, os ofrecen dos ejemplos notables é incontestables.

La *sífilis maligna galopante*, señores, se presenta en dos casos bien diferentes, es decir, en dos épocas bien diferentes

de la evolucion sifilítica. Puede ser *precoz* ó *primitiva*, ó por el contrario *tardía* ó *consecutiva*.

Es *precoz* ó *primitiva* cuando es el primero de los accidentes generales de la sífilis, cuando sucede directamente, en breve plazo y sin intermediario, al chancro infectante. Tal es la forma que nos presentan nuestros dos enfermos. En efecto, uno y otro, *seis semanas tan sólo despues de su chancro infectante*, y sin que se manifestase ninguna otra lesion á la piel, han visto desarrollarse á la vez en la cabeza, en el tronco y en los miembros las ulceraciones y las costras de rupia que os presentan hoy. Así es que en estos dos casos, en estos dos enfermos, se ha manifestado desde luégo la sífilis constitucional por la rupia más grave y más generalizada, en medio de la perturbacion más profunda producida en la salud y en las funciones fisiológicas.

Otras veces la forma maligna galopante de la sífilis es *tardía* ó *consecutiva*. Se la ve en este caso aparecer y desarrollarse bruscamente y con todos sus caractéres alarmantes en una época más avanzada de la diátesis y despues de los accidentes constitucionales ordinarios. Estalla de improviso como una bomba ó como una tempestad, en medio de la pacífica evolucion de los accidentes cutáneos precoces y de una naturaleza benigna, tales como una roseola ó una sifílide papulosa. Se verifica entónces, en el estado del enfermo, lo mismo con respecto á los accidentes locales que á los trastornos generales, un cambio tan rápido, tan acentuado, que es imposible no ver que la escena ha cambiado y que la enfermedad ha tomado una forma y una marcha enteramente diferente y del todo nuevas.

El año pasado observé un caso de este género en un jóven oficial de nuestro ejército, para el cual llamé en consulta á mi amigo M. Leon Labbé, cirujano de la Piedad. M. X... había adquirido en provincias un chancro infectante que había sido seguido, en las épocas habituales de erupcion, de una roseola y de una sifílide papulosa. Vino á Paris, donde yo le asistía por

el tratamiento ordinario, y cuando volvió á su punto de guarnicion los accidentes cutáneos estaban en pleno decrecimiento y la salud general en el estado más satisfactorio. Dos meses despues volvió á Paris desconocido, demacrado, sus fuerzas completamente perdidas, pudiendo apénas sostenerse y dejar su lecho; fiebre intensa y continua, inapetencia absoluta, vómitos persistentes, insomnio pertinaz, una extensá ulceracion en la faringe, y numerosas ulceraciones y costras de rupia en el cuero cabelludo, en la frente, en las mejillas, en el antebrazo izquierdo, en los muslos y en la region lumbar. Asombrado entónces de un cortejo de accidentes tan alarmantes, llamé á M. Labbé para que me ayudase cerca de este enfermo, que volvía á ver en un estado tan diferente del que me presentaba dos meses ántes. ¿Qué había pasado, pues, á M. X...? Cuando abandonó á Paris los accidentes cutáneos precoces estaban casi completamente extinguidos y la salud general era excelente; él se creyó completamente curado, y á pesar de las recomendaciones que yo le había hecho relativamente á la necesidad de continuar su tratamiento y de tener una higiene severa, había dejado toda medicacion y se había entregado á todos los excesos, muy frecuentes por desdicha en las ciudades de guarnicion; él había vuelto al mismo tiempo á su servicio militar, muy penoso en la caballería. Bajo la doble influencia de los placeres inmoderados, de una higiene desordenada y de las fatigas inherentes al ejercicio prolongado del caballo y á todas las exigencias del servicio, no había tardado en sentir disminuirse sus fuerzas, perder el apetito y en sobrevenir la fiebre. Bien pronto aparecieron en la piel las graves lesiones de la rupia y en la faringe la vasta y profunda ulceracion de que hemos hablado, así como todo el cortejo de los accidentes descritos hace poco.

Aquí tocamos la causa de la invasion de la *sífilis maligna*; está manifiesta, evidente. Se declaró tan luego como el tratamiento cesó; las fuerzas disminuyeron, la constitucion se debilitó y deterioró y la fiebre y los trastornos funcionales so-

brevinieron en medio de las malas condiciones de existencia á que el enfermo se había entregado. Ocurrió aquí, para las manifestaciones diatésicas, lo que ocurre para el chancro blando primitivo, que reviste la forma más grave que puede presentar, la *forma maligna*, es decir, que se *fagedeniza*, cuando la salud del enfermo se altera y su tratamiento y su higiene son defectuosos. Podemos, pues, establecer que la causa de la *sífilis maligna galopante, tardía*, es decir, *concomitante de los accidentes cutáneos precoces, ordinarios, ó consecutiva á estos accidentes* reside en la falta de un tratamiento conveniente, en una mala higiene y en la deterioracion de la salud general por las fatigas ó excesos de todos géneros.

Las mismas causas pueden engendrar la *sífilis maligna precoz galopante*, es decir, lo que *sobreviene primitivamente, de pronto y en breve tiempo despues del chancro infectante*. Del mismo modo que las manifestaciones del herpetismo se agravan y se vuelven *malignas*, de benignas que eran, bajo la influencia de la alteracion de la salud, de la degradacion de las fuerzas y de un tratamiento ineficaz, *las primeras manifestaciones de la sífilis podrán ser malignas* si la constitucion del enfermo es mala y se encuentra en medio de condiciones funestas contrarias á una buena higiene y á las exigencias de la diátesis que ha contraido.

Esta explicacion etiológica puede admitirse para la enferma del núm. 59 de la sala de Enrique IV. Esta jóven es costurera, vosotros conoceis las costumbres, el género de vida, la higiene de las mujeres de esta profesion; su constitucion es linfática y anémica; su alimentacion y su habitacion dejan mucho que desear. Varios chancros primitivos, cuatro ó cinco, se declararon á la vez en sus grandes labios y un sexto en la horquilla; ella no los cuidó, sino que continuó en sus ocupaciones ordinarias. Al cabo de doce á quince dias de existencia, el chancro de la horquilla se hizo fagedénico; la enferma se alarmó y entró en el hospital algunos dias despues. Cuando nosotros la vimos por primera vez, veinte ó veinticinco dias despues de la aparicion

de los chancros primitivos, presentaba los siguientes accidentes locales: cuatro ó cinco chancros, perfectamente caracterizados, estaban colocados en frente unos de otros en la parte externa é inferior de los dos grandes labios; uno de estos chancros tenía una base manifiestamente indurada; entreabriendo la vulva se veía una vasta ulceracion chancrosa, irregular en sus contornos, de bordes cortados á pico, de fondo grisáceo, que había destruido la entrada de la vagina é invadido la cara interna de los grandes labios, así como el tabique recto-vaginal. Este era incontestablemente un chancro fagedénico. Así, pues, en esta mujer el *carácter maligno* de la enfermedad se había declarado desde la época de los accidentes primitivos, transformando un chancro blando, primitivo, ordinario, en un chancro fagedénico. Más tarde, es decir, veinte dias despues de la entrada de la enferma en el hospital y *seis semanas*, *por consiguiente*, *despues de la aparicion de los chancros*, se manifestaron, bajo la forma *maligna* tambien, los primeros accidentes diatésicos (ampollas, ulceraciones y costras de rupia en el cuero cabelludo, la frente, las mejillas, la nariz, el dorso y los muslos). Este caso nos ofrece, pues, el más interesante, el más raro y quizas el único ejemplo observado ó publicado hasta hoy, de una doble malignidad existente primero en la *lesion primitiva* de la sífilis, cuando esta es aún local, y despues en sus *lesiones secundarias*, cuando ha llegado á ser general ó constitucional. Ahora bien, esta doble malignidad podemos explicárnosla por el conjunto de las malas condiciones de toda especie en que vivía esta enferma, y en las cuales había permanecido despues de la aparicion de sus chancros. En ella, pues, como en el oficial de caballería, la causa de la sífilis maligna es fácilmente apreciable.

Pero no sucede lo mismo con el enfermo del núm. 56 de la sala de San Cárlos. Este es un jóven robusto, vigoroso, de buena constitucion. Recibió en tiempo oportuno, para su chancro primitivo, cuya cicatriz veis en el prepucio, los cuidados de M. Renault; todo fué, pues, regular para este enfer-

mo, que nuestro distinguido compañero nos confió cuando, á pesar de un tratamiento muy conveniente, vió aparecer los accidentes graves que hemos descrito ya.

¿A qué causa, pues, atribuir la *forma maligna y galopante* que presentaron en él, de repente, los accidentes precoces de la sífilis? Quizá á cierta disposicion idiosincrásica especial á su constitucion. La sífilis ha podido encontrar en él un terreno tan bien preparado para ella, tan favorable á su desarrollo, tan fértil, que brotó con una rapidez, una intensidad y un poder de expansion excepcionales. Quizas tambien este individuo absorbiese una cantidad de vírus sifilítico tan considerable, que su constitucion se encontró profundamente impregnada, saturada en cierto modo; y en este caso, los accidentes tóxicos, en lugar de ser, como en los casos ordinarios, lentos y benignos en sus manifestaciones, se produjeron con una agudeza, una gravedad y una energía en relacion con la cantidad de vírus absorbido. Tales son las dos explicaciones, más ó ménos satisfactorias, que han sido propuestas para interpretar, bajo el punto de vista etiológico, casos análogos al de este enfermo. Nosotros diremos, pues, que si la causa de la sífilis maligna galopante, *precoz* ó *tardía*, se refiere manifiestamente, en ciertos casos, á una salud general mala, á una higiene deplorable ó á una medicacion mal dirigida; hay casos tambien en los cuales esta causa se nos oculta y nos obliga á buscarla en consideraciones conjeturales é hipotéticas.

Si el pronóstico de la sífilis, áun en su forma más vulgar y más benigna, es siempre grave, con mayor razon lo será en la forma maligna. En ésta todo es de la mayor gravedad; todo debe inspirarnos las mayores inquietudes. Considerad desde luégo el estado general: esa fiebre continua, esa excesiva debilidad, esa postracion de fuerzas, ese trastorno profundo de las funciones digestivas, esa pérdida del apetito, esa lengua seca, esa diarrea, y decidme si con él no hay suficiente para comprometer gravemente la vida del enfermo. Ved en seguida esas lesiones cutáneas, esas costras horrorosas que cubren una

parte de la cabeza, de la cara, del cuerpo y de los miembros, y que ocultan otras tantas ulceraciones que producen un pus sanioso, de mala naturaleza, cuya abundancia extenúa á los enfermos, y cuya hediondez constituye para ellos una atmósfera fétida, en medio de la cual se emponzoñan á sí mismos por la respiracion incesante de las exhalaciones más viciadas y más nauseabundas. Pensad que cada una de estas ulceraciones, al menor frotamiento, al menor contacto irritante, es asiento de dolores intensos, que se hacen intolerables y arrancan gritos cuando el peso del cuerpo cae sobre las superficies ulceradas, haciendo imposibles el sueño y áun el reposo. En esta parte tambien, ¿no encontrareis, para el pronóstico, los signos más funestos? Y, en efecto, podemos decir, sin exagerar, que la sífilis maligna, precoz ó tardía, es una de las enfermedades más temibles que existen, una de las que más seriamente comprometen la vida de los enfermos; ella nos ha hecho perder, hace dos años, una mujer que ocupaba precisamente, y por una singular coincidencia, la misma cama que nuestra actual enferma.

El tratamiento de la sífilis maligna presenta grandes dificultades, y exige mucho tacto médico y ciencia clínica: este es uno de los casos en los cuales es necesario considerar, no sólo la enfermedad, sino tambien, y quizás, más el enfermo; es decir, que en las aplicaciones terapéuticas tendreis en cuenta, no sólo la naturaleza de la enfermedad, sino tambien, y ante todo, el estado general del enfermo, los desórdenes generales, los trastornos funcionales y el grado de fiebre y de postracion de fuerzas de que lo vereis atacado. Así, pues, guardaos bien de prescribir los específicos, el mercurio y el yoduro de potasio; es cierto que estos medicamentos están indicados por la enfermedad, pero al mismo tiempo están formalmente contraindicadas por el estado del enfermo; con una fiebre tan intensa, con semejantes trastornos gastro-intestinales, no serían soportados, y no harían más que agravar los accidentes. Olvidad que se trata de la sífilis, y, para comenzar, procurad llenar las indi-

caciones tan importantes que presenta el deplorable estado general de los enfermos. Colocadlos ante todo en las mejores condiciones higiénicas posibles; hacedles respirar un aire puro, gracias á una ventilacion bien dirigida; desembarazadles del olor fétido que ellos desprenden, por la más minuciosa limpieza, por las lociones frecuentes, por baños aromáticos, alcohólicos ó jabonosos; sometedlos á la accion vivificante del sol y del aire exterior, haciéndolos llevar y dejándolos permanecer fuera de la habitacion todo el tiempo que la temperatura lo permita. Dadles lavatorios emolientes, astringentes y opiáceos; al mismo tiempo, esforzaos en levantar sus fuerzas por los tónicos mejor elegidos, por el vino generoso, vino de quina, caldos, jugo de carne y carne cruda. En nuestros dos enfermos obtuvimos y obtenemos aún, el mejor resultado de los alcohólicos; ellos toman todos los dias, uno y otro, una pocion compuesta de

Cognac viejo.....	50	gramos.
Jarabe de quina.....	50	»
Agua destilada de menta.....	120	»

Prescribid tisanas aromáticas y amargas, tales como las infusiones de manzanilla, de angélica, de hojas de naranjo, las maceraciones de quina y de cuasia; no descuidad las aguas minerales gaseosas y reconstituyentes, como las aguas de la Bauché, de Marcols y de Orezza, mezcladas con las de Spa, el vino de Burdeos ó jarabes de quina, de cortezas de naranjas agrias, de genciana, etc..... Inmediatamente, ántes de las comidas, que serán tan reparadoras como sea posible, como medio de levantar, de facilitar las funciones digestivas y de cohibir los vómitos, administrad la estrignina bajo la forma siguiente:

Agua destilada.....	120	gramos.
Sulfato de estrignina.....	2	centigramos.
Jarabe de menta.....	30	gramos

Haced tomar una cucharada grande de esta pocion ántes de cada una de las comidas; ó bien dad, si lo quereis mejor, en la cuarta parte de un vaso de agua fria y en el momento de comer, una cucharada de café del elixir estomáquico amargo de Stoughton; ó bien en una cucharada de agua fria, una ó dos gotas de la tintura amarga de Baumé.

Bajo la influencia de este régimen higiénico y reconstituyente, podreis, como en los dos enfermos que teneis á la vista, y como en el oficial de que os he hablado, ver mejorarse el estado general, disminuir la fiebre, volver el sueño, levantarse las fuerzas y despertarse el apetito; este será el momento, continuando el mismo régimen, de añadir los específicos. Se trata de accidentes ulcerosos: está por consiguiente indicado el yoduro de potasio; lo dareis á pequeñas dósis, 50 centigramos solamente, en solucion acuosa á la hora de la comida; primero en una sola de éstas, despues, á medida que el estómago y el intestino se habitúen á él, en dos comidas, y, por último, en las tres comidas; no pasad de esta dósis. Si los enfermos lo prefieren, dad, fuera de las comidas, el yoduro potásico disuelto en un jarabe de cortezas de naranjas agrias, ó mejor en el producto de la destilacion concentrada de la zarzaparrilla; haced tomar cada dia tres grandes cucharadas de este licor de zarzaparrilla que contenga cada una $0^{gr},50$ de yoduro potásico.

Nosotros no tenemos que tratar aquí de los accidentes terciarios; estos son accidentes precoces, malignos, es decir, de la mayor gravedad; usemos, pues, de todas las armas posibles para combatirlos con ventaja y áun empleando el yoduro potásico demos tambien el mercurio; hagamos tomar al enfermo, todos los dias, una píldora que contenga:

Proto-yoduro de mercurio.....	3	centigramos.
Extracto de genciana.....	10	»
Extracto de opio.....	1	»

Si queremos conservar el tubo intestinal hagamos absorber el mercurio por el método endérmico; friccionemos dos veces

por dia la parte interna de los miembros inferiores con 4 gramos de ungüento napolitano doble. Al siguiente dia friccionaremos de la misma manera la cara interna de los miembros superiores. Si las ulceraciones están en vías de cicatrizarse y no tenemos que temer nuevos brotes, despues de dos dias de fricciones mercuriales, demos, al tercero, un baño sulfuroso. En el cuarto y quinto dia nuevas fricciones, seguidas, el sexto, de un nuevo baño sulfuroso, y así sucesivamente.

Esta medicacion, que M. Leon Labbé y yo empleamos, con el mejor éxito, en nuestro oficial de caballería, hoy perfectamente curado, nos ha dado igualmente, como podreis comprobarlo, los mejores resultados en nuestros dos enfermos del hospital.

Así, pues, para tratamiento interno los tónicos y los reconstituyentes primero; despues los específicos, que unimos á aquellos tan pronto como pueden ser soportados, y cuando el individuo esté suficientemente preparado á recibirlos. Continuareis los analépticos al mismo tiempo que los específicos; así, pues, el hierro y la quina serán útilmente administrados, al mismo tiempo que el mercurio, que el yoduro de potasio, y que una alimentacion tan reparadora como sea posible.

En cuanto al tratamiento externo, lo hareis consistir: 1.°, en cuidados de la más exquisita limpieza, lociones y baños repetidos; 2.°, respetareis las costras, que son para las ulceraciones subyacentes órganos de aislamiento y proteccion; 3.°, si éstas se desprenden ántes de la cicatrizacion completa de las ulceraciones, curad estas ulceraciones, que son de mala naturaleza, con tópicos excitantes y dotados de propiedades modificadoras, como el ungüento estoraque, los polvos de carbon vegetal porfirosados, de quina ó de yodoformo, la tintura de yodo convenientemente atenuada, el vino aromático, el alcohol alcanforado, etc. Algunas veces os encontrareis en la precision de emplear los emolientes; en este caso usareis las cataplasmas de fécula de patatas, bien cocidas, reducidas á jalea, ó de la pulpa de patatas ó de zanahorias crudas y recien ras-

padas, con las cuales cubrireis las superfices ulceradas: tales son los medios de tratamiento, con los que algunas veces podreis curar esta forma tan terrible de la sífilis.

P. D.—Dos meses despues de esta leccion el enfermo de la sala de San Cárlos ha dejado el hospital, completamente curado. En cuanto á la enferma de la sala de Enrique IV, sucumbió al cabo de seis á siete meses de brotes sucesivos, en la fiebre héctica, la consuncion y el marasmo.

LECCION TREINTA Y CUATRO.

Estudio sintomatológico comparativo de las manifestaciones cutáneas del hérpes, de la escrófula y de la sífilis.

Señores:

Tres diátesis se disputan nuestras salas y llenan nuestras camas: *el hérpes*, *la escrófula* y *la sífilis*. Todas tres toman orígen, brotan y se desarrollan en el mismo terreno, la piel; las tres manifiestan su existencia por las mismas producciones morbosas: la pápula, el tubérculo, la pústula, la escama, la ulceracion, la costra y la cicatriz; las tres adoptan casi la misma marcha; su evolucion es comunmente lenta, crónica, su duracion larga y los accidentes locales que las caracterizan no despiertan, sino rara vez, un trastorno general en la economía; las tres, superficiales y benignas en sus primeros síntomas, pueden, con el tiempo, invadir nuestros órganos más profundos y engendrar, en el seno de nuestras vísceras, las más terribles alteraciones; las tres, en fin, son hereditarias, y si la sífilis se propaga ordinariamente por inoculacion, se la ve tambien, como las otras dos, transmitirse por herencia.

Así, pues, estas tres diátesis, tan diferentes por su naturaleza, tienen frecuentemente entre sí una semejanza y como un aire de familia del cual pueden resultar, para el médico y para el enfermo, los más graves errores y las más funestas equivocaciones; pero, felizmente, bajo esta engañosa semejanza se ocultan ciertos rasgos distintivos, cierta fisonomía especial y

característica, á veces difíciles de conocer, pero, que, sin embargo, un ojo ejercitado podrá percibir, y con ayuda de los cuales será siempre posible el diagnóstico: son tan importantes estos rasgos patognomónicos que voy á esforzarme en hacerlos resaltar á vuestra vista en un estudio comparativo de estas tres diátesis. Nosotros las reuniremos para considerarlas primero en su conjunto y en su aspecto general; despues tomaremos una á una sus diversas lesiones anatomo-patológicas, y en cada una de ellas comprobaremos un sello, una manera de ser diferente, una expresion particular; este será para nosotros el sello propio é individual de tal ó cual diátesis que, desde entónces, podremos reconocer y denominar fácilmente.

I.

Señores: varias enfermedades tienen una facies característica y un hábito exterior tan acentuado, que se las diagnostica á primera y á distancia; así sucede con las inflamaciones abdominales que se revelan en la cara contraida del enfermo; así sucede tambien con la fiebre tifoídea, cuya existencia se traduce por el estupor de los ojos y de la cara; así acontece con la tuberculósis pulmonar, que denotan los pómulos rojos y salientes y las esclerótica brillantes, azuladas y nacaradas. Esto mismo sucede con nuestras tres diátesis; cada una de ellas tiene una fisonomía particular, expresiva y distinta, con ayuda de la cual se la reconoce; la sífilis se acusa por una coloracion de un rojo moreno, cobrizo, que M. Hardy compara con razon á la carne de jamon crudo; la escrófula toma un color de un rojo más vivo, vinoso y como erisipelatoso; el hérpes no tiene coloracion propia y que se la encuentre siempre la misma en todas sus diversas manifestaciones; así es que en el *eczema* se la ve, ya de un rojo vivo, ya de un rojo morenuzco, luciente y como barnizado; en las escamas del *psoriásis* es blanca, yesosa ó plateada, brillante, de reflejo metálico, miéntras que, en

las pápulas psoriásicas denudadas de escamas, aparece con el rojo cobrizo de la sífilis, coloracion engañosa y de doble faz, por la cual no será uno engañado si se interrogan los antecedentes del enfermo, si se le encuentran los pliegues inguinales y las regiones laterales del cuello sin adenitis específica, si se busca con cuidado en estas insidiosas pápulas los restos de las escamas, cuya existencia comprobará, resolverá la dificultad y evidenciará completamente el carácter herpético de la afeccion.

La sífilis elige la frente por su asiento predilecto, en ella hace su primera aparicion y en ella asoman sus primeras pápulas y sus primeros tubérculos, con el nombre pintoresco de *corona veneris*. De la frente desciende á la cara, al tronco y á los miembros; se disemina, se esparce por todo el cuerpo, cuya superficie entera se encuentra matizada, atigrada y manchada de sus diversas producciones, esparcidas sin órden, sin plan, sin disposicion simétrica alguna, casi nunca confluentes, aisladas y separadas unas de otras, tan numerosas son, por pequeños espacios de piel sana.

El hérpes se presenta tambien en todo el cuerpo; pero sea seco ó húmedo, llámese *psoriásis* ó *eczema*, toma ordinariamente una configuracion regular y simétrica; sus elementos morbosos son confluentes y se reunen en grupos para constituir extensas placas, anchos islotes de formas diversas, raras y casi siempre semejantes á las placas y á los islotes que les corresponden en la otra mitad del cuerpo, y sobre los cuales se diría que se habian modelado.

La sífilis se ha comparado á un proteo: en efecto, ella señala cada una de las fases de su evolucion por una fisonomía diferente. Sus manifestaciones cutáneas precoces son comunmente, en el órden de su aparicion, manchas rubeólicas ó una roseola, pápulas y despues tubérculos con ó sin escamas. Abandonadas á sí mismas, estas lesiones cutáneas persisten cada una, de uno á varios meses; despues se transforman. Las manchas rubeólicas se convierten en pápulas, y éstas á su vez

en tubérculos. Cuando estas erupciones sucesivas, *accidentes precoces*, han desaparecido, tiene lugar, ulteriormente y en una época más avanzada de la enfermedad ó de la intoxicacion sifilítica, un nuevo *brote* que se produce bajo una forma distinta de la del primero. Este consiste tambien en pápulas y en tubérculos, pero no están diseminados y generalizados como en su primera faz; están, por el contrario, limitados y reunidos en uno ó varios espacios circunscritos. Esto es lo que M. Hardy ha descrito con el nombre de *sifílides tardías en grupos*. En una época aún más avanzada la sífilis se traduce por otras manifestaciones; no son ya pápulas ni tubérculos, son ulceraciones, costras y cicatrices. Así, pues, *accidentes precoces*: roseola, pápulas, tubérculos *diseminados; accidentes tardíos:* pápulas y tubérculos *en grupos; accidentes terciarios:* ulceraciones, costras y cicatrices; tales son los fenómenos que señalan en la piel el paso de la sífilis en las tres primeras fases de su evolucion; este es el órden que ella sigue comunmente en su marcha progresiva. Cuando la sífilis ha llegado á su segunda ó á su tercera etapa, es decir, á las dermatosis en grupos y á las ulceraciones, nunca se la ve desandar su camino para remontarse á su punto de partida y reproducir de nuevo los accidentes precoces de su primera aparicion. Al contrario, continúa su marcha fatal que se señala entónces, en otra fase más avanzada, por lesiones más profundas aún que las ulceraciones cutáneas, es decir, por gomas y por alteraciones óseas y viscerales... Hé aquí la sífilis.

El hérpes procede de otro modo: abandonado á sí mismo, permanece años enteros como estaba el primer dia; prefiere y practica el *statu quo*. Cuando ha adoptado una forma, la conserva, se encarna en ella, en cierto modo, para eternizarse. Si se le combate por una medicacion activa, se le destruye, se le hace desaparecer; pero esto no es más, frecuentemente, que por cierto tiempo. Reaparece despues de un término y siempre bajo su forma primitiva. Si, por el contrario, no se le opone ningun tratamiento, se la ve durante un tiempo indefinido

conservar su fisonomía del primer dia, hasta que termina por desaparecer por sí misma, ó bien hasta que, por temibles metástasis, invade, como la sífilis, los órganos profundos. ¿No es así como se comporta siempre é invariablemente el *psoriásis?* ¿No es ésta frecuentemente la marcha del *prurigo*, del *líquen* y del *eczema?*

La escrófula es diferente en su marcha y en su aspecto: la cara es su asiento predilecto; la ocupa á veces por entero, pero habitualmente se localiza en la nariz ó en una de las mejillas solamente; más raro es que se fije en el tronco y en un punto limitado de un miembro. Nunca se generaliza, como lo hacen la sífilis y el hérpes, excepto cuando reviste cierta forma rara designada por M. Hardy con el nombre de tuberculosis diseminada. En la cara es, pues, donde se la juzga mejor y donde se la reconoce por sus caractéres distintivos. En ella es tambien donde se la ve con sus tintes rojo-vinosos, con sus hipertrofias de tejido, con el engrosamiento de las mejillas, de los labios y de las alas de la nariz, con sus tubérculos duros, angulosos, eritematosos, cuya coloracion roja se extiende por toda la superficie de los tegumentos externos hipertrofiados. En ella es donde opera sus estragos más terribles: ulceracion de las mejillas en superficie y en profundidad, destruccion de la nariz, perforacion de los huesos de la bóveda palatina.

Pero la escrófula y la sífilis en sus accidentes terciarios tienen el mismo terreno de predileccion, en los cuales producen las mismas lesiones. Segun lo hace notar M. Bazin, se las distinguirá una de otra por este carácter; que la sífilis destruye los cartílagos y los huesos de la nariz y del paladar *à priori*, y sin haber tocado ántes á las partes tegumentarias, miéntras que la escrófula no llega á los huesos sino despues de haber primitivamente destruido las partes superficiales. Así, pues, en su comun accion destructora, la sífilis y la escrófula siguen dos caminos opuestos; la escrófula procede de fuera á dentro, de la superficie al centro, y la sífilis de dentro afuera, del centro á la superficie.

En resúmen, en sus manifestaciones cutáneas, la sífilis se distingue por su coloracion cobriza, por sus variedades de formas, por sus transformaciones sucesivas y por sus lesiones cada vez más restringidas en superficie, á medida que son más avanzadas y más profundas. El hérpes se caracteriza por su tendencia á generalizarse, por su disposicion simétrica y por su fijeza en conservar, en todas las épocas de su evolucion, su forma primitiva. La escrófula se reconoce por sus tintas vinosas, sus hipertrofias, sus ulceraciones y su fijeza en conservar en todos los períodos de su duracion su asiento primitivo.

Así, pues, para la sífilis, variedad de sitio y de forma; para el hérpes, variedad de sitio, pero fijeza de forma; para la escrófula, fijeza de sitio, pero variedad de forma.

El hérpes no deja huella alguna de su paso, vestigio alguno de su existencia. La sífilis tampoco lo deja despues de sus manifestacion precoces; pero sus ulceraciones, como tambien las ulceraciones de la escrófula, dan lugar á cicatrices patognomónicas é indelebles que quedan como la señal propia y distintiva de una y otra diátesis.

Las lesiones cutáneas de la escrófula, por graves, por extensas, por profundas que sean, no son dolorosas, y además no dan lugar á ningun trastorno general. Aun cuando ataque, perfore y destruya los huesos, la escrófula no es dolorosa. Todas las dermatosis sifilíticas son igualmente indolentes, lo mismo las simples manchas de la roseola más superficial, que las ulceraciones terciarias más profundas. Todo lo que sea accidente sifilítico, que tenga por sitio la piel y las mucosas, es por esto mismo indolente. Así, pues, miéntras que la angina idiopática más benigna da lugar á dolores continuos que en la deglucion se hacen intolerables, la angina sifilítica más grave, que destruye las amigdalas por extensas y profundas ulceraciones, apénas es dolorosa y no produce casi ningun trastorno en la deglucion; pero si la sífilis toca á los huesos ó al periostio, contrariamente á la escrófula, produce esos dolores atroces, terebrantes, de tipo intermitente, nocturnos, conocidos

con el nombre de *dolores osteóscopos*. Con frecuencia, la eflorescencia de las sifílides precoces tiene lugar sin trastorno alguno local ni general; pero á veces tambien va precedida y acompañada de un estado febril que se llama fiebre sifilítica. Otras veces, se observa en el mismo período y concurrentemente con estas mismas dermatosis precoces, afectan diversas regiones accesos de neuralgia intermitente, neuralgias hemicráneas, temporales, deltoidianas é intercostales, que se reproducen de preferencia por las noches, refractarias al sulfato de quinina y solamente ceden, como los accidentes terciarios, al yoduro de potasio. Hace poco era la *fiebre sifilítica*; en este caso es la *neuralgia sifilítica*.

Las lesiones cutáneas del hérpes, ménos graves en sí mismas que ciertas lesiones de la escrófula y de la sífilis, son, sin embargo, muy frecuentemente dolorosas. En ellas el fenómeno dolor se modifica y reviste diversas formas: en el *excema* es un escozor y una quemadura; en el *prurigo* es una comezon irresistible; en el *líquen* es como si millares de puntas de agujas punzasen la piel.

II.

Despues de haber estudiado los caractéres comunes y diferenciales de las *herpétides*, *escrofúlides* y *sifílides*, consideradas en su conjunto bajo el triple punto de vista de su aspecto y de su fisonomía general, de su desarrollo, de su evolucion y de los síntomas subjetivos á que dan lugar; tomemos ahora una á una sus principales lesiones elementales; son las mismas en las tres diátesis. Veamos cuáles son las modificaciones que cada una de estas diátesis producirá en cada una de estas lesiones, para gravar en ellas su sello.

Escamas.—El hérpes nos ofrece, en el *psoriásis*, escamas blancas, plateadas, secas, anchas, gruesas, formadas de varias capas superpuestas é íntimamente unidas entre sí, que se desprenden, al rascarse, en fragmentos más ó ménos nume-

rosos y siempre fuertemente adherentes á la placa cutánea rojiza subyacente. En la *pitiriásis*, las escamas son farináceas y furfuráceas, y se desprenden por sí mismas de un fondo, ya rojizo eritematoso, ya sin alteracion alguna, segun la forma de pitiriásis. En el *eczema*, las escamas son anchas, laminosas, delgadas, blanquecinas, opacas, á veces mezcladas con partículas costrosas, un poco húmedas y recubriendo un fondo húmedo tambien.

En la sífilis las escamas se observan sobre las pápulas y sobre los tubérculos precoces, como tambien sobre las pápulas y tubérculos tardíos dispuestos en grupos, ó formando esas líneas de configuracion variable, que se extienden de trecho en trecho por una especie de locomocion centrífuga, y á las cuales se ha dado el nombre de *sifílides serpiginosas escamosas*. En estas diversas variedades de la misma diátesis, las escamas son siempre las mismas: delgadas, finas, secas, de un blanco grisáceo uni-foliáceas, formadas de una sola laminilla, desprendiéndose con la mayor facilidad y frecuentemente por sí mismas en su parte central, miéntras que sus bordes permanecen adherentes á la periferia de la pápula subyacente; esta pápula aparece entónces rodeada de un círculo laminoso blanquecino, que, bajo el punto de vista de su forma regularmente redondeada, se podría comparar á la *pupila*; Biett la ha designado con el nombre de *gargantilla* y los sifilógrafos le han conservado el nombre de *gargantilla de Biett*.

Tubérculos.—La *sifílide tuberculosa en grupo*, podría ser confundida en su principio con la *escrofúlide tuberculosa*; pero esta confusion dejará de ser posible si se observa: 1.° Del lado de la sífilis, la coloracion cobriza de los tubérculos, su forma redondeada, su aislamiento y su implantacion sobre una superficie de piel sana. 2.° Del lado de la escrófula, tubérculos prominentes, angulosos, confluentes de un rojo vinoso, implantados sobre una superficie de piel engrosada, hipertrofiada y presentando la misma coloracion rojo-vinosa.

Ulceraciones.—Las ulceraciones del herpetismo, sean pe-

queñas y del todo superficiales, como las del hérpes, del impétigo y del ectima, ó sean de una extension y una profundidad considerables, como las que se ven tan frecuentemente en los miembros inferiores, cuya piel haya sido adelgazada ó desnaturalizada por un eczema crónico, presentan siempre los mismos caractéres: sus bordes están cortados en bisel; se adhieren íntimamente á toda la periferia de la ulceracion y nunca están despegados. Esta ulceraciones son comunmente muy dolorosas, y dan á los enfermos la sensacion de un calor mordicante, de escozor y de quemadura.

La sífilis, sin hablar del chancro blando, ni del indurado, ni del fagedénico, nos ofrece dos variedades de úlceras: 1.°, la úlcera que está ordinariamente cubierta de una costra y que constituye la *sifílide pustulo-crustácea*, *serpiginosa ó no serpiginosa*; 2.°, la úlcera sin costra, que se la encuentra en todas partes: en el tronco, en los miembros, en el istmo de las fauces y en las amigdalas. En estos diferentes casos, la úlcera sifilítica se distingue por caractéres especiales, que son: 1.°, bordes marcados, cortados á pico, nunca biselados y no desprendidos; 2.°, una superficie siempre profunda, ya grisácea, ya de un rojo cobrizo; 3.°, una configuracion claramente circunscrita, ya redondeada y orbicular, ya *auricular*, es decir, presentando de la manera más regular la forma del pabellon de la oreja. Las ulceraciones sifilíticas siempre son indolentes.

La úlcera escrofulosa tampoco produce dolor; pero sus bordes son cortados, adelgazados, perforados en algunos de sus puntos, de una coloracion rojo-vinosa, despegados en todo su contorno, y con frecuencia en una gran extension, de suerte que la superficie de la ulceracion es siempre más considerable en realidad de lo que aparece á primera vista.

Costras.—Las costras sifilíticas son siempre gruesas, de un moreno negruzco ó verde oscuro. Se las ha comparado con el color del bronce florentino; son secas, angulosas, sólidas, duras y muy adherentes.

Las costras de la escrófula tienen ménos espesor; son más

aplanadas; su coloracion es ménos oscura: están veteadas de blanco y de negro, lo que las hace parecer blanquecinas mejor que moreno-verduzcas.

Las costras del hérpes no tienen carácter uniforme y general; varían segun las especies morbosas que las producen. Son amarillas, gruesas y húmedas en el *impétigo (melitagra flavecens* de Biett); son secas y negras en el *ectima*. En el *eczema* son blanquecinas, laminosas, sin espesor, en tanto que, para M. Bazin, éstas no son más que *costrillas*.

Cicatrices.—Ciertas enfermedades tienen el privilegio de sobrevivirse en cierto modo á sí mismas y de dejar tras sí, en las regiones que han ocupado, huellas indelebles y reveladoras de su paso; estigmas póstumos de su existencia apagada, pálidos y lejanos reflejos de lo que han sido, pero sin embargo, marcas siempre fieles de su naturaleza y de su fisonomía. Esto es lo que acontece con la escrófula y con la sífilis; cuando ellas han dejado de existir, el clínico encuentra aún sus nombres y sus vestigios en sus cicatrices; á las ulceraciones patognomónicas han sucedido las cicatrices, que no lo son ménos, de suerte que, si la enfermedad ha desaparecido, sus huellas han quedado con su sello propio y denunciador.

Las cicatrices de la escrófula se reconocen por los caractéres siguientes: 1.°, son reticuladas, plegadas y atravesadas en diversos sentidos por bridas; 2.°, son adherentes á los tejidos subyacentes, con los cuales forman cuerpo y de los cuales no pueden ser separadas; 3.°, su fondo es desigual y se encuentran en él huecos, depresiones y eminencias formadas por cordones fibrosos; 4.°, son indelebles.

Las cicatrices de la sífilis son indelebles tambien, pero nunca son adherentes á los tejidos subyacentes, sobre los cuales se deslizan y se desprenden fácilmente; son blanquecinas, formadas por una piel adelgazada y estampada como las cicatrices de la vacuna; conservan y reproducen exactamente la forma de ulceracion á la cual han sucedido.

El hérpes no tiene cicatrices; no deja nunca tras sí más que

huellas morenuzcas que son como la sombra de sí mismas; manchas pigmentarias y sin duracion que palidecen poco á poco y se borran progresivamente para desaparecer completamente.

De este estudio comparativo resulta esta verdad clínica hoy dia demostrada, á saber: que si el hérpes, la escrófula y la sífilis, en sus manifestaciones cutáneas, tienen caractéres comunes, los tienen tambien bastante marcados y bastante diferentes para que siempre puedan ser reconocidas y diagnosticadas sin ser confundidas nunca una por otra.

LECCION TREINTA Y CINCO.

Consideraciones generales sobre los caractéres comunes y diferenciales de las enfermedades de la piel.

Señores:

La medicina, como sabeis, es una ciencia de observacion; pero hacer la observacion científica no es solamente coleccionar hechos, no es solamente estudiar estos hechos aisladamente en todos sus detalles y adquirir de este modo un conocimiento exacto, minucioso y profundo. Un observador que se limitase á esto, que se contentase con este estudio analítico é individual, se igualaría á un arquitecto que pasase su vida en reunir materiales de construccion y que nunca pensase en formar con ellos una obra. Es necesario conocer los hechos, sí, este es el fundamento de la ciencia; pero es necesario tambien saberlos agrupar, aproximarlos unos á otros en un estudio comparativo, observarlos en sus relaciones recíprocas, á fin de deducir las consecuencias generales y los principios que, sólo ellos, pueden esclarecer el vasto campo de la ciencia.

Desde el principio de este curso os he hecho entrar en esta vía fecunda de conceptos generales y sintéticos. Hemos partido de estas consideraciones elevadas y generales, para descender al estudio de cada una de las enfermedades de la piel. Hoy que conocemos estas enfermedades, detengámonos algunos instantes, retrocedamos algo sobre nuestros pasos, recordemos lo que hemos estudiado y tratemos de sacar de esto los

datos relativos á los caractéres de similitud y de semejanza de las diversas afecciones que hemos estudiado.

Bajo el punto de vista de las lesiones anatómicas que las constituyen, las afecciones de la piel pueden dividirse, como ya os he dicho, en dos grandes clases, segun que sean *secas* ó *húmedas*. Las enfermedades *de tipo húmedo* son las que dan lugar á una secrecion serosa, purulenta ó saniosa, cuya concrecion forma costras. Las enfermedades *de tipo seco* se dividen en dos categorías. En la primera se colocan aquellas en las cuales sólo se encuentra una alteracion ó lesion cutánea, sin secrecion morbosa alguna; tales son, por ejemplo, todas las afecciones exantemáticas, papulosas y tuberculosas. En la segunda categoría se colocan aquellas en las cuales se comprueba, por el contrario, una secrecion seca, es decir, la formacion de productos nuevos exclusivamente secos, tales como las escamas.

Examinando los exantemas, las pápulas y los tubérculos sifilíticos en conjunto, no encontramos más que tres afecciones cutáneas que sean, por su naturaleza, *secas*, y que queden siempre completamente *secas*. Estas tres afecciones son: el psoriásis, el hérpes seco por excelencia, la pitiriásis y la ictiose. Cualquiera que sea su duracion, su antigüedad, la intensidad de sus manifestaciones y el período de su evolucion, nunca se encuentra en estas afecciones la menor huella de *humedad*; conservan constantemente, y de una manera exclusiva y absoluta, su carácter de *sequedad* nativa. Siempre es una secrecion epidérmica más ó ménos dura, más ó ménos abundante, más ó ménos fina ó gruesa, pero sin ninguna mezcla húmeda.

En el *prurigo*, por el contrario, que estamos, sin embargo, forzados á mirarlo como una afeccion *seca*, vemos casi siempre la intervencion de un elemento húmedo, intervencion indirecta, secundaria, accidental, es cierto, puesto que es producida por la accion de las uñas, pero no por esto ménos real: recordad, en efecto, ese pequeño coágulo negruzco, resultante

de una extravasacion sanguínea que corona las pápulas pruriginosas, y que se convierte en uno de sus rasgos patognomónicos. ¿No vemos tambien coronarse las pápulas aguzadas del *líquen* de vexículas que dan lugar á una exudacion y á costrillas laminosas? ¿No es esta la señal húmeda que constituye esa forma de líquen denominada *líquen agrius?* Sobre los tubérculos del *acné indurata*, ¿no vemos formarse un punto amarillo de supuracion central? Y este mismo punto pustuloso, ¿no lo encontramos tambien en los tubérculos del *sicósis?* Así, pues, pocas enfermedades de la piel de tipo seco conservan siempre, como veis, de una manera constante, su carácter de sequedad, exclusivo y absoluto.

En cuanto á las enfermedades de tipo húmedo, permanecen más comunmente fieles á su carácter primitivo. Así es que el *impétigo* no se muestra nunca más que con sus pústulas amarillas, puntiagudas y fluentes, y sus costras gruesas y de aspecto de miel; el *ectima* con sus pústulas blanquecinas, persistentes y aisladas, y con sus costras duras y negruzcas. En el hérpes nunca encontramos otra cosa que vexículas aplanadas, aglomeradas, y despues costras amarillo-morenuzcas. A excepcion del acné indurata, primitivamente de tipo seco, y que no se vuelve húmedo, sino secundariamente, todas las demas formas del *acné* (el acné simple, el miliar, el varioliforme, el fluente, el punctata y el sebáceo concreto) permanecen con su sello exclusivo de *enfermedades húmedas*. Lo mismo sucede con la *varicela* y la *miliar*, la *rupia* y el *pénfigo*, que no tienen otro carácter que la vexícula, la ampolla y la pústulo-ampolla.

Es necesario llegar al *eczema* para encontrar algunas veces *un carácter seco* que viene á unirse y á sustituirse por un carácter primitivo esencialmente húmedo. El eczema, como sabeis, es el *tipo del hérpes húmedo*; tipo bajo el punto de vista de su frecuencia, de su gravedad, de su duracion, de su importancia sintomatológica, de la excesiva abundancia del líquido sero-gomoso que segrega y de las extensas superficies

cutáneas que invade. Ahora bien; el eczema es á veces absolutamente *seco*; hay un eczema *escamoso*, en el cual las escamas están exclusivamente constituidas por una secrecion epidérmica, absolutamente idéntica á las escamas del psoriásis.

Así, pues, la gran division de las enfermedades de la piel en *enfermedades secas* y *enfermedades húmedas* no es rigurosa y absolutamente exacta, puesto que algunas de ellas que están colocadas en una ú otra de estas dos grandes clases, presentan á veces un carácter mixto y áun del todo opuesto á su carácter original y primitivo. Conservamos, sin embargo, esta division, reconocemos sus imperfecciones; pero aprovechamos sus incontestables ventajas y los preciosos datos que nos suministra. Esto es tan cierto, que comprobaremos que los *hérpes secos* y los *hérpes húmedos* ocupan ordinariamente un asiento diferente. Tomemos el psoriásis y el eczema como ejemplos.

El *psoriásis*, el más importante, y el *tipo de los hérpes secos*, se desarrolla, sobre todo, y con una predileccion marcada, en las regiones donde la piel presenta mayor espesor y sequedad: en las rodillas, en los codos, en la parte externa y anterior de las piernas y de los muslos, y en toda la extension de las regiones lumbar y dorsal. Es cierto que el psoriásis existe en todo el cuerpo, y que no hay un punto del tegumento externo donde no se produzca; pero es en las regiones ántes indicadas donde se desarrolla con más frecuencia y con más intensidad; son su terreno predilecto; en ellas se le observa en toda su amplitud; en ellas tienen sus escamas mayor brillantez y espesor, sus eminencias relieves más acentuados, y sus tintas se dibujan con sus coloraciones rojas, morenuzcas, muy marcadas.

El *eczma*, por el contrario, el más importante, y el *tipo de los hérpes húmedos*, busca de preferencia las regiones donde la piel tiene mayor finura y el epidérmis ménos espesor: la parte interna de los miembros, el lado de la flexion, la parte anterior del tronco, los parajes donde la piel está en oposicion

y en contacto consigo misma, donde está regada por las secreciones sudoral y sebácea, la zona genital, la parte interna y superior de los muslos, los huecos axilar y poplíteo y la region facial. Lo mismo que hemos dicho para el psoriásis acontece con el eczema; se encuentra en todas partes; pero más comunmente escoge de preferencia las regiones que acabamos de indicar; aquellas donde se le ve más frecuentemente, y donde se desarrolla con más intensidad, son precisamente las que ménos convienen al psoriásis.

El *prurigo* (*hérpes secos*) se manifiesta ordinariamente en las mismas regiones que el psoriásis. Reviste sus caractéres de *prurigo herpético* en la parte posterior del tronco, en la parte externa de los miembros, y en todos los puntos en que la piel es seca y gruesa, se generaliza, sus pápulas se desarrollan más y se hacen asiento de las comezones más horribles, atroces é irresistibles; lo que le ha valido el nombre de *prurigo ferox* y de *prurigo formicans*.

Todas las demartósis húmedas, por el contrario, tienen un asiento predilecto inverso; adoptan el mismo que el eczema. Así es que vereis al *hérpes* producirse con más frecuencia en la cara, alrededor de la boca, del glande y de la vulva. Así es que el *impétigo* tambien se desarrolla especialmente en la cara; en ella le habreis visto ofrecer sus bellas y anchas placas de *impétigo larvalis* ó *figurata*, tan gruesas, tan amarillas, tan duras y tan características, que nunca se las olvida, cuando se las ha observado bien. Así es, tambien, que habeis visto las pústulas de *ectima* buscar los espacios interdigitales, el pliegue de la muñeca y la parte interna de las piernas.

Estudiemos ahora las enfermedades de la piel, relativamente á su marcha y á su duracion.

Todas las que corresponden á un estado general de pirexia, y cuyo carácter anatomo-patológico primitivo es una congestion activa é inflamatoria del dérmis, es decir, todas las que son *exantemáticas*, son casi siempre anunciadas por prodromos y acompañadas de un estado general febril: su marcha

es aguda, su duracion varía entre uno, dos y tres setenarios. Cuando entran en su período de declinacion se extinguen progresivamente, sus tintas rojas se debilitan, palidecen y se borran; sus pápulas, placas ó elevaciones se aplanan poco á poco, y se descaman frecuentemente. Esto es lo que sucede en el *sarampion*, la *escarlatina*, la *erisipela*, el *eritema* en sus diversas formas, la *pitiriásis rubra* y el *eczema rubrum;* á veces sus manifestaciones no son continuas y afectan una verdadera intermitencia, como en la *urticaria febril* ó *fiebre urticaria*.

Las enfermedades de la piel que proceden de causas locales y directas toman una forma aguda ó crónica, segun la intensidad y la duracion de la accion de la causa que las ha producido. Si esta causa ha sido ligera, benigna, si ha sido instantánea y pasajera, la dermatose que de ella sea consecuencia, será pasajera tambien y sin duracion; desaparecerá por sí misma y prontamente. *Sublata causa, tollitur effectus.* Esto es lo que acontece con el eritema que sucede á una insolacion sin gravedad, con la urticaria ó el hérpes producidos por el contacto de una planta irritante ó de un insecto venenoso. Si, por el contrario, la causa morbífica ha persistido durante un tiempo bastante largo, pueden producirse dos casos diferentes: ó bien los accidentes locales inflamatorios toman un carácter de gravedad más considerable, y se traducen, no sólo por un simple eritema, sino por una erisipela, por un eczema, por pústulas de impétigo ó de ectima, y áun por ampollas de pénfigo; ó bien la afeccion cutánea toma la forma crónica y os presenta esa alteracion compleja, mezcla informe de líquen crónico, de eczema crónico y de prurigo, que desnaturaliza la piel, la engruesa, la deseca, la quita su flexibilidad y la siembra de fisuras con frecuencia muy dolorosas. Con estos caractéres reconoceréis esa dermatose tan comun, que se la ha designado con el nombre vago y genérico de sarna de los especieros, y que es el resultado de diversas profesiones irritantes por su naturaleza. Ahora bien: en este caso todavía, y á pesar de la cronicidad y la multiplicidad de las lesiones, todo des-

aparecerá prontamente si suprimís la causa morbosa y si sometéis las partes enfermas á un tratamiento conveniente.

Las diversas afecciones cutáneas que existen á título de *complicacion* ó de *síntoma* de otra afeccion de la piel primitiva y más profunda, siendo el resultado de una irritacion local intra-dérmica, tienen siempre un carácter agudo ó inflamatorio, y curan bastante pronto por un tratamiento exclusivamente local y emoliente. Recordad con qué rapidez desaparecen bajo la influencia de baños locales y generales y de cataplasmas de fécula de patatas, las placas eczematosas, las pústulas de ectima y las pápulas de líquen que, en los espacios interdigitales, en los antebrazos, en los muslos, en el vientre y en la aureola del pezon son el síntoma ó la complicacion de la existencia de las vesículas de sarna subyacente. Recordad la pronta curacion de ese impétigo nasal, tan notable, porque nos oculta un chancro primitivo indurado implantado en la abertura de la nariz. Lo mismo acontece con el impétigo, que vereis con bastante frecuencia cubrir, como con una máscara, los antiguos tubérculos sicósicos en supuracion.

Lleguemos ahora á las enfermedades de la piel de naturaleza *herpética* ó *dartrosa*. Estas son graves, y por consiguiente importa mucho el conocerlas bien. La duracion es siempre larga; toman en su evolucion dos formas diferentes. Los *hérpes secos* como el *psoriásis* y el *prurigo*, no tienen nada de agudo en su marcha; todo en ellos es crónico: nada de fiebre, nada de reaccion general; marcha lenta y tórpida en su período de invasion; inmovilidad indefinida en su período de estado. Abandonad á sí mismo un psoriásis sin tratamiento alguno, puede durar treinta, cuarenta años, sin incomodar al enfermo, sin acortar su existencia. Ya será persistente, continuo, inmóvil, sin hacer ningun progreso, sin sufrir ningun cambio en su manera de ser, guardando el *statu quo* más absoluto; ya, por el contrario, se agravará, se ensancharán sus placas escamosas y tomará una forma más grave que su forma primitiva. Habia comenzado por la forma *punctata* ó por la *guttata*, y

por invasiones siempre lentas, pero progresivas; llegará á la forma *diffusa*. Otras veces el psoriásis desaparece por un trabajo de resolucion ó de intususcepcion, para reaparecer más tarde, y despues de una revolucion que se completa comunmente sin trastornos generales, á condicion siempre de que no se produzca repercusion metastásica visceral, siempre posible y siempre muy temible.

Los *hérpes húmedos*, como el *eczema*, tienen tambien una duracion muy larga; pero la marcha del eczema difiere esencialmente de la del psoriásis; el psoriásis parece disminuir la vitalidad de la piel, la deseca, la *paquidermiza*, cubriéndola de una capa callosa, impermeable, dura, inerte, insensible y cuya fisonomía permanece siempre la misma. En el eczema, por el contrario, no se encuentra esta especie de extincion, esta *oppressio virium* de la vitalidad de la piel, ni esta inmovilidad y esta especie de congelacion de una membrana tegumentaria vuelta en apariencia inerte y momificada. En todas partes, por el contrario, se comprueba una sobreactividad y un trabajo morboso que se revelan por una secrecion húmeda más ó ménos abundante y que dan lugar á veces á una reaccion general. Ya el eczema se presenta bajo una forma franca y exclusivamente aguda, ó ya bajo una forma mixta, á la vez aguda y crónica. Sobre las mismas placas, sobre las mismas superficies donde afecta la forma más crónica, se ven surgir nuevos *brotes*, producirse nuevas vexículas y salir una nueva secrecion húmeda. Hay, pues, aquí una verdadera forma aguda que se produce incesantemente por manifestaciones sucesivas en medio de una evolucion lenta y de forma crónica; hé aquí lo que distingue el eczema en su marcha más comun; esta es la existencia simultánea, sobre una misma superficie eczematosa, de dos formas, aguda y crónica, ingertas una en otra, naciendo una de otra y engendrándose así recíprocamente.

La duracion del eczema, como la del psoriásis, es siempre muy larga y difícil de determinar; pero miéntras que el psoriásis borrado, pero no curado por el tratamiento, reaparece

casi fatalmente despues de un tiempo variable é imposible de precisar, el eczema, áun el más *herpético*, es susceptible de una curacion real, durable y definitiva. Sin duda que esta curacion debe ser producida por un tratamiento siempre largo; aunque á veces se la cree obtener, cuando nuevos brotes surgen y demuestran que el eczema que se creía curado se ocultaba aún como el fuego bajo la ceniza. En fin, los brotes se alejan, se hacen cada vez más ligeros y llega un momento en que no se reproducen más; el eczema está entónces curado. A veces, en su período de declinacion, cesa la secrecion húmeda; es reemplazada por escamas foliáceas, laminosas, blanquecinas, anchas, fáciles de desprender; verdadera secrecion epidérmica que da al eczema un falso aire de semejanza con el psoriásis y que le constituye una forma verdaderamente *seca* y *escamosa*.

El *psoriásis* se termina de otro modo: anatomo-patológicamente está constituido por tres lesiones elementales: escamas, engrosamiento de la piel en forma de pápulas, ó placas salientes, y coloracion rojo-morena especial. La primera de estas lesiones que el tratamiento debe atacar son las escamas. Éstas son, como sabeis, gruesas, duras, secas, imbricadas; forman varias capas superpuestas, fuertemente adheridas unas á otras y fuertemente adheridas tambien á las placas dérmicas subyacentes. Están, pues, poderosamente organizadas para la resistencia, y en efecto, resisten largo tiempo; oponen á las fricciones, á los tópicos modificadores, á los baños y á las duchas de vapor una fuerza de inercia considerable; es una muralla sólida y difícil de destruir. Pero, en fin, la brecha se hace y las escamas desaparecen progresivamente pieza por pieza y capa por capa. Quedan las elevaciones ó placas gruesas que conservan largo tiempo aún sus relieves salientes y su coloracion mórbida. Bajo la influencia de los esfuerzos persistentes del tratamiento acaban por ceder á su vez y ponerse poco á poco al nivel de las superficies de piel sanas. Cuando han estado niveladas, cuando no hay ni escamas ni placas salientes, queda

el tinte rojo-morenuzco especial que lucha aún largo tiempo contra los esfuerzos del tratamiento, y que á su vez y á la larga termina por borrarse y extinguirse. Esta coloracion insidiosa, á la vez sello del psoriásis y de la sífilis, había sido, en el período de invasion, la primera manifestacion del psoriásis; en el período de declinacion queda la última, la más persistente. Tales son las marchas comparadas del eczema y del psoriásis.

No es raro ver varias dermatósis, de tipos diferentes, existir á la vez, no sólo en el mismo enfermo, sino en la misma region. Tan es así, que frecuentemente, con una observacion atenta, podreis, en la misma superficie de la piel enferma, reconocer pápulas de líquen, pústulas de ectima y placas eczematosas. Ordinariamente esta reunion, esta yustaposicion de varias afecciones cutáneas diferentes en la misma region, indican la accion de una causa local; ha habido allí una irritacion directa procedente del exterior, una causa profesional; ó bien ha existido allí una afeccion primitiva, parasitaria ó no, más profunda; la sarna, un chancro, tubérculos sicósicos, por ejemplo, y la mezcla de estas afecciones diferentes que existen simultáneamente, es su *síntoma* ó su *complicacion*. Retened bien este hecho, señores, porque lo vereis reproducido á cada instante, y porque es de la mayor importancia para el diagnóstico y para el tratamiento; yo lo expreso y lo reasumo en dos palabras: *la* SIMULTANEIDAD *y la* DIVERSIDAD *de lesiones cutáneas en el mismo sitio, son los caractéres de las enfermedades de la piel de causa local.*

El *hérpes*, por el contrario, se traduce frecuentemente por *una sola manifestacion cutánea que permanece siempre la misma y siempre única*. Así es, que será un prurigo, un líquen, un psoriásis ó un eczema los que atestiguarán la existencia actual del principio herpético, pero al mismo tiempo, este principio vicioso se traducirá sólo por una afeccion cutánea; ésta será la que había adoptado primitivamente; ésta no cambiará, y si desapareciese para reproducirse ulteriormente,

se la verá en un segundo ó en un tercer brote, con su misma naturaleza y sus mismos caractéres primitivos.

La *sífilis* se comporta de otro modo; ama la variedad, reviste diversidad de formas, revela su existencia por manifestaciones cutáneas variables, segun que sea más ó ménos antigua. En su primer período, serán desde luego las manchas rubeólicas, despues las pápulas, despues los tubérculos, con ó sin escamas, diseminados sin órden por toda la extension del cuerpo.

Más tarde, en su segundo período, y despues de la desaparicion de esta primera fase de los accidentes cutáneos, si la sífilis no está extinguida, se manifestará de nuevo, pero será de otra manera y con caractéres distintos: las manchas rubeólicas no serán ya irregulares, sino *circinadas*. Las pápulas y los tubérculos, no estarán *esparcidos* por todo el cuerpo, sino *reunidos en grupos* en tal ó cual region. Más tarde aún, si la sífilis debe hacer otra aparicion mas tardía, ésta no será ya bajo la forma *de pápulas*, *de tubérculos* y *de grupos*, sino por alteraciones cutáneas pustulosas, ampollosas y ulcerosas, es decir, por el ectima, por la rupia y por ulceraciones fijas ó serpiginosas, de fondo abierto ó pustulo-crustáceas.

Así, pues, del lado del *hérpes*, manifestaciones *únicas* y siempre las mismas. Del lado de la sífilis, por el contrario, manifestaciones *variables y protéicas*. Retened bien esto, señores, porque este carácter de *variedad* ó de *unidad fija* en los accidentes cutáneos, os será de la mayor importancia para esclarecer la naturaleza de la enfermedad. Este será á veces el único carácter sobre el que podreis cimentar vuestro diagnóstico, porque ya he tenido ocasion de deciros y de demostraros, la *sífilis* y el *hérpes* tienen frecuentemente, en sus manifestaciones cutáneas, la más complicada é insidiosa semejanza.

Algunas veces ocurre que dos dermatósis esencialmente diferentes por su naturaleza, una sifilítica y otra herpética, por ejemplo, existen simultáneamente y juntas. Ya las manifestaciones de una y otra son igualmente aparentes, reconocibles y

fáciles de distinguir ; ya, por el contrario, las manifestaciones de una de ellas, siendo más pronunciadas, ocultan y disimulan completamente las manifestaciones de la otra, por la intensidad y exuberancia de sus desarrollos, de tal suerte, que no podeis ver y comprobar sino una sola enfermedad, cuando en realidad hay dos. Y no os será posible sospechar la segunda, sino despues de haber curado, ó por lo ménos, disminuido la primera. Esta coexistencia de dos afecciones cutáneas, de naturaleza diferente, es con muchísima frecuencia causa de serias dificultades para el diagnóstico. Es necesario que esteis prevenidos, á fin de que en semejantes casos sepais teneros en una prudente reserva.

LECCION TREINTA Y SEIS.

Dermatología de la region genital de la mujer.

Señores:

Varios de vosotros sabeis que tenemos la costumbre de consagrar la mayor parte de nuestra visita del lúnes, al exámen de las mujeres atacadas de afecciones de los órganos genitales. Estas afecciones, numerosas y variadas, son á veces bastante graves para poner en peligro la vida de las enfermas: frecuentemente ligeras en apariencia, provocan en la vida del individuo trastornos suficientes para que el equilibrio fisiológico se rompa: con una benignidad insidiosa tienen una influencia funesta sobre la vida uterina, y la vida uterina, como sabeis, es la mujer entera.

Esta sola consideracion os deja entrever la importancia de las afecciones del aparato genital, ya las considereis en sí mismas, ó en sus relaciones con las otras manifestaciones morbosas. Su influencia se mostrará en los casos patológicos más diversos y presentará, en la marcha ordinaria de una enfermedad, modificaciones extrañas; frecuentemente tambien vereis las afecciones del aparato genital tener, en la moral de la mujer, efectos desastrosos y acarrear la *lipemania*, la *hipocondría*, el *histerismo* con todas sus consecuencias; la salud de la mujer está subordinada, por decirlo así, al estado sano ó morboso de sus órganos genitales. Un útero enfermo es una rueda esencial que falta en una máquina complicada, es una puerta

anchamente abierta á las enfermedades del cuerpo y del espíritu. Pensad en una desdichada atacada tan sólo de una afeccion que en su principio parece un ligero accidente local, en una mujer atacada de un prurito vulvar. Es en ella una necesidad imperiosa é irresistible el rascarse, la voluntad es impotente para contenerla y se rasca con verdadera rabia. No hay reposo, tranquilidad ni relaciones posibles con semejante afeccion. Esta mujer permanecerá aislada, alejada de toda sociedad, de toda distraccion, en una palabra, de todo lo que constituye el encanto de la existencia: estará en una verdadera secuestracion. Y sólo encontrareis en ella entónces hipocondría; las afecciones tristes vienen á reinar como dueñas soberanas en la moral de estas enfermas y provocan á veces en ellas el pensamiento del suicidio.

Ya lo veis, señores; las afecciones de los órganos genitales desempeñan en la patología de la mujer un papel preponderante y justifican bien estos dos aforismos de los antiguos:

Tota mulier est in utero.
Propter uterum, mulier est id quod est.

Espero consagrar, más adelante, una serie de lecciones al estudio de estas enfermedades tan importantes que dominan toda la patología de la mujer. Por hoy quiero tan sólo desprender de ellas una página. Esta tratará de las afecciones tegumentarias de los órganos genitales, y la titularemos, si queres: *Dermatología de la region genital de la mujer.*

Una palabra ántes sobre esta region. Bajo el punto de vista descriptivo, esta region nos ofrece la forma de un triángulo, que podría llamarse triángulo genital. Situado en la parte anterior é inferior del tronco, tiene por base una línea que reuniese las dos apófisis iliacas anteriores é inferiores, y por lados dos líneas que, partiendo de las espinas iliacas antero-inferiores, fuesen á unirse al nivel del ano. Es, pues, un triángulo isósceles, en el área del cual nos encontramos, superficial-

mente y en la línea media, el *empeine* ó *monte de Vénus*, la *vulva* y el *periné*: en cada lado los *pliegues inguinales* y *génito-crurales*, y la cara *interna y superior de los muslos*. La *piel* se continúa con la *mucosa* sin línea de demarcacion bien clara, por una transicion insensible. Análogas en cuanto á su estructura; la piel y la mucosa nos ofrecerán lesiones patológicas casi idénticas. Así es que en la descripcion que vamos á hacer emplearemos indistintamente las palabras *piel* y *mucosa*.

La *piel* de la region genital es delgada, fina, delicada y provista de un epidérmis pelicular, de un gran número de vasos arteriales, venosos y linfáticos, de una cantidad innumerable de folículos sebáceos y pilíferos, de glándulas sudoríparas y de conductos sudoríparos; posee tambien una red nerviosa que entrelaza entre sus múltiples mallas los más pequeños relieves, los menores hundimientos del tegumento externo. Este tegumento, como veis posee todas las riquezas; es rico tambien en materias pigmentarias; y en cierto número de mujeres encontrareis en los grandes labios y en la parte superior é interna de los muslos una coloracion bronceada que no tiene nada de patológica.

Esta riqueza general de los tejidos tiene á veces sus inconvenientes: la riqueza vascular y la nerviosa serán siempre molestas cuando tengais que practicar operaciones en la vulva, y el dolor que acompaña á la mayor parte de las afeccienes del órgano, está en razon directa del número de filetes nerviosos que se distribuyen en él. Los vasos linfáticos forman una vasta y cerrada red, siempre pronta á abrirse á la absorcion, y que se abre muy frecuentemente, por desgracia, cuando un azar desdichado pone en su presencia el vírus sifilítico, que, con una apariencia benigna, no tarda en ejercer sus estragos sobre toda la economía.

Las glándulas sudoríparas y sebáceas, que hemos dicho son tan numerosas, vierten sobre la piel el producto de su secrecion. Por la vulva sale ese líquido complejo que podría llamarse *saliva vaginal*, al cual vienen á agregarse el moco ute-

rinò, y de tiempo en tiempo la sangre de los menstruos. La vulva, en fin, en las mujeres poco cuidadosas de su persona, queda, despues de cada miccion, bañada de orina, y feliz ella si á todo esto no ve agregarse el flujo leucorréico ó blenorrágico. Estas condiciones especiales de calor y de humedad servirán para el rápido desarrollo de un gran número de lesiones que encontrarán allí un *hortus irriguns*, un *terreno fértil y propicio* para llenarse de una vegetacion exuberante y bajo las formas más diversas. Añadamos que en esta region todas las partes están en oposicion y en contacto consigo misma, y que son asiento, no sólo de frotamientos contínuos durante la marcha, sino tambien de todas las excitaciones y de todas las congestiones á que da lugar el sentido genésico.

A causa de estas mismas condiciones encontrareis rara vez en la region genital las *afecciones de tipo seco*, el *psoriásis* y la *pitiriásis*. Digamos de paso que M. Bazin ha descrito con el nombre de *psoriásis escarlatiniforme* una variedad de psoriásis que puede ocupar el empeine.

Las afecciones vexiculosas no se presentan apénas en el estado vexiculoso. El epidérmis es pelicular, apénas se le levanta se desgarra, dejando una pequeña superficie ulcerada. Tendreis con frecuencia ocasion de observar este hecho en el *hérpes*, y la ulceracion consecutiva podrá, en ciertos casos, engañaros, haciéndoos creer en la existencia de un chancro. Más frecuentemente encontraremos el *líquen*, pero un líquen modificado por su asiento, un líquen de forma húmeda, inflamado y exudante, una especie de eczema liquenoide.—El *eczema* puede mostrarse en las partes genitales como manifestacion de la diátesis herpética. Sea el eczema rubrum, el eczema fluente ó el crónico, se acompaña siempre de escozor, de comezones muy vivas, que son á veces atroces en la forma crónica.

El *acné* se encuentra á veces en el triángulo genital y puede presentarse bajo dos formas bien distintas: el *acné* ordinario, un poco modificado por su asiento, y esa forma característica

que su umbilicacion central ha hecho designar con el nombre de *acné varioliforme*: este es el *molluscum contagiosum* de los antiguos.

Los folículos tan numerosos de la region pueden inflamarse aisladamente y dar lugar á ulceraciones profundas, sumamente dolorosas, verdaderas aftas de la vulva; y como las aftas de la boca, este dolor vivo cede rápidamente á algunas cauterizaciones con el nitrato de plata.

La *escrófula*, cuando ataca la piel, tiene por asiento predilecto la cara. Aunque es cierto que existen analogías incontestables entre la piel de la cara y la del triángulo genital, es muy raro ver atacar la escrófula á esta última region. Mi antiguo maestro M. Huguier ha sido el primero que en el Hospital Lourcine, ha estudiado de una manera completa las manifestaciones escrofulosas que tienen su asiento en la vulva. El *estiomena de la vulva*, cualquiera que sea su forma, es muy raro, tanto que no me ha sido posible ver más que dos ó tres casos en mi práctica dermatológica.

Los *exantemas* son más frecuentes, sobre todo el *eritema intertriginoso*, debido al frotamiento recíproco de dos superficies cutáneas y á la irritacion continua de las partes por los líquidos que os señalé hace poco.

La *erisipela* es generalmente consecutiva á un traumatismo ó al parto.

El *hérpes* se encuentra con bastante frecuencia en la vulva; reposa sobre placas eritematosas y se encuentra modificado por su asiento y por la naturaleza de los tejidos sobre que se desarrolla. En el resto de los tegumentos presenta, en su marcha, cuatro fases bastante distintas: *eritema*, *vexícula*, *costras*, *ulceraciones*. En la vulva, donde el epidérmis es extremadamente fino y las superficies están generalmente en contacto, la *vexícula* no hace más que aparecer y desaparecer, la *costra* no puede formarse, y la afeccion pasa casi sin transicion del primero al cuarto período, del *eritema* á la *ulceracion*. Estas ulceraciones son muy interesantes y de un diagnóstico á veces

muy oscuro; nosotros la estudiaremos, en breves instantes, de una manera especial.

En el triángulo genital es donde encuentra ordinariamente la sífilis su puerta de entrada; en él veremos desplegarse las placas mucosas en toda su perfeccion.

El primer accidente de la sífilis, el chancro, no es siempre fácil de percibir; se oculta bajo los pliegues de los grandes y pequeños labios, ó bien está como perdido en las anfractuosidades de las carúnculas. Sin embargo, nos vereis á veces afirmar la presencia de un chancro *á la simple inspeccion de las partes genitales*, y áun cuando un atento exámen no nos haya hecho descubrir la ulceracion. Es porque en este caso tenemos un signo de una importancia capital, signo que podría casi llamarse patognomónico, y que todos debeis conocer. Quiero hablaros del *edema de los grandes labios*, edema que puede persistir áun despues de la cicatrizacion del chancro.

El *chancro* no afecta una forma única, siempre semejante á sí misma. Está constituido por una ulceracion redondeada, de fondo liso y de bordes cortados á pico. Unas veces reposa sobre una superficie inflamada, que representa una induracion análoga á la que se encuentra en la base de los forúnculos, y que va perdiéndose poco á poco, á medida que se aleja del punto inflamado. En esta forma la base de la úlcera se confunde con los tejidos circunyacentes: no hay dureza, punto de núcleo, punto de resistencia. Otras veces, por el contrario, está circunscrito por un anillo cuyo aspecto blanquecino resalta sobre el color cobrizo del resto de la úlcera. Este borde anular, y el fondo sobre que reposa el chancro, tienen una consistencia que recuerda, ya la del cartílago, ya la de una hoja gruesa de pergamino. La induracion de la base y de los bordes separa claramente el chancro de los tejidos vecinos; por esto se le ha comparado, con bastante justicia, *á medio guisante* engastado debajo de la ulceracion. Algunas veces el chancro está tan claramente indurado en la mujer como en el hombre; pero lo más frecuente es, como podreis convenceros,

que en la mujer los bordes no tengan la consistencia suficiente para establecer un diagnóstico cierto; la induracion es bastante rara, para que en un servicio como el de Lourcine no se la comprobase más que una treintena de veces por año.

En la ulceracion chancrosa de los órganos genitales, tened en cuenta que la induracion, en la mujer, es la excepcion más bien que la regla, y que *los chancros sin la menor induracion* podrán daros, más tarde, *accidentes constitucionales*. Basad vuestro diagnóstico en el aspecto de la úlcera y en la forma de sus bordes; basadlo, sobre todo, en los gánglios linfáticos inguinales, voluminosos y generalmente dolorosos en la lesion puramente local, que ha sido descrita con el nombre de chancro blando; los encontrareis al principio indurados, tumefactos, indoloros y de una consistencia condroidea. Si el chancro ocupa la vulva, el dedo puede con frecuencia sentir, en medio del panículo adiposo del monte de Vénus, cordones indurados y múltiples, primera manifestacion de la infeccion sifilítica.

Si los elementos de un diagnóstico cierto os faltan, nunca os decidais, haced aguardar al enfermo; haced un nuevo exámen, algunos dias despues, y tened presente con qué rapidez el chancro infectante de la mujer se transforma en placas mucosas; y estas placas, áun en el primer período, las reconocereis fácilmente por los caractéres que voy á indicaros.

En el núm. 47 de la sala de Enrique IV hay una jóven embarazada de cuatro meses; entró á los pocos dias de enfermedad y llevando en la vulva varias pequeñas ulceraciones mal caracterizadas. Diagnostiqué una sífilis constitucional, contra la opinion de mi alumno interno, el cual creía que estas ulceraciones eran consecutivas á una erupcion del hérpes. La marcha de la enfermedad ha confirmado mi diagnóstico, y hoy no presenta el menor género de duda. El *hérpes* se desarrolla mucho más rápidamente en la region genital que en el resto del cuerpo. Como ya os he dicho, pasa del estado eritematoso al estado ulceroso, y es necesario ser muy afortunados para

encontrarle en el período vexiculoso. En la mujer de que os hablo, teníamos ulceraciones múltiples y superficiales; no había nada de induracion, nada de esos bordes cortados á pico que pueden caracterizar un chancro; nada, en una palabra, que á primera vista hiciese sospechar la existencia de la sífilis. Añadid que esta mujer estaba embarazada; vosotros sabeis cuán grande es la influencia del embarazo sobre las afecciones de los órganos genitales, cualesquiera que ellas sean; cuánto pueden perpetuar las manifestaciones más benignas por la congestion que provoca y por la dificultad de la circulacion venosa. Pero teníamos los gánglios inguinales tumefactos é indolentes; teníamos, en una palabra, la pléyade ganglionar. Este solo signo me inclinó al diagnóstico sífilis, y hoy, en el lugar de las ulceraciones, encontrareis placas mucosas desarrolladas completamente. De una manera general puede decirse de las ulceraciones consecutivas del hérpes que son superficiales, de bordes tallados en bisel, y que los cuidados de limpieza las hacen desaparecer rápidamente, en un espacio de tiempo que varía de tres á ocho dias, miéntras que el chancro, á más de sus caractéres físicos, tiene una duracion que varía de tres á seis semanas.

Comprended cuán fácil es el error de diagnóstico; tanto, que muchos médicos poco ejercitados en el exámen de las enfermedades de la piel, tienen la funesta tendencia á mirar como sifilíticas las ulceraciones todas de los órganos genitales. Nunca me cansaré de repetiros que no os decidais, sino con certeza, en los casos de afeccion ulcerosa de los órganos genitales, porque los extraños á la ciencia son implacables para estos errores de diagnóstico. Una mujer, cualquiera que sea su moralidad, no perdonará nunca á un médico el haber tomado por un chancro lo que no era más que una simple escoriacion; una reputacion médica se encuentra siempre más ó ménos manchada por errores de este género.

Examinad cuidadosamente ántes de decidiros, y no os decidais sino con seguridad.

En la vulva encontrareis frecuentemente *placas mucosas:* su desarrollo es, en la mujer, uno de los signos más precoces de la infeccion sifilítica. Si ocupan *el púbis ó la parte superior de los muslos*, presentarán á veces, como caractéres, una *depresion central* y una *eminencia periférica*; éstas son, en este caso, las placas sifilíticas de la piel. En la mucosa de los pequeños y grandes labios son esencialmente diferentes de las placas de la piel. De un color opalino forman un ligero relieve, presentando en su base una induracion, que se la puede tomar, á veces, por una induracion chancrosa, y segregan un líquido sero-mucoso de un olor nauseabundo característico. Abandonada á sí misma, la placa mucosa pasa del estado papuloso al tuberculoso; los tubérculos, aislados en su principio, pueden reunirse y formar placas salientes, de cierta extension, que presentan surcos profundos. Algunas veces tambien estas placas se hipertrofian, vegetan y se ulceran, dando lugar á una exudacion icorosa y á vivos dolores. Diremos tambien, que de todos los accidentes sifilíticos, las placas mucosas son las que desaparecen más rápidamente bajo la influencia de un tratamiento simplemente local, como las cauterizaciones con el nitrato de plata.

Las *vegetaciones* son producciones que resultan de la hipertrofia parcial del dérmis. Para muchos médicos las vegetaciones son un *accidente sifilítico.*

Acabamos de decir que pueden presentarse como terminacion de ciertas placas mucosas; pero estamos léjos de afirmar que todas las vegetaciones tienen un orígen sifilítico. Ordinariamente reconocen una causa local, y *permanecen como manifestaciones puramente locales.* Toman orígen, por lo comun, en la irritacion provocada por los productos de una secrecion modificada en su cantidad, y sobre todo en su calidad. No admirará la frecuencia de su desarrollo en la mujer, si se examinan con algun cuidado las condiciones en que aparecen. En el estado normal, el útero, la vagina y la vulva son asiento de una secrecion bastante abundante. Suponed inflamadas estas

partes, áun de una manera muy benigna, é inmediatamente vereis una hipersecrecion considerable. El moco ó el pus vienen á bañar la vulva y á permanecer en la horquilla; el epidérmis macerado en estos líquidos, sobre todo en las mujeres que no pecan por excesos de limpieza, deja el dérmis al descubierto, el cual se inflama, se hipertrofia y aparecen las vegetaciones.

Las *vegetaciones* pueden tambien reconocer otra causa: las titilaciones repetidas, los frotamientos renovados con frecuencia en la region vulvar. Tienen entónces un sitio de eleccion, el *capuchon del clítoris*. En el *meatos urinario* encontramos algunas veces una lesion, que presenta mucha analogía con las vegetaciones. Esta lesion ha sido descrita con el nombre de *pólipo de la uretra*. Este está formado por una pequeña eminencia de un rojo vivo, que sobresale entre los labios del meato, y que á causa de su color llama en seguida la atencion. Está constituida por una especie de hipertrofia de la mucosa uretral, y esta hipertrofia sobreviene generalmente, como la vegetacion del capuchon del clítoris, á consecuencia de excitaciones producidas directamente en el órgano, y principalmente bajo la influencia del onanismo.

Durante la gestacion, la congestion sanguínea que se produce en los órganos genitales y la dificultad de la circulacion venosa, explican suficientemente la frecuencia de las *vegetaciones*. En estas condiciones es muy difícil, como comprendereis, hacerlas desaparecer; y cuando se consigue, las vereis reproducirse con una rapidez increible, porque subsiste la causa productora. Esto que os digo de las vegetaciones, se puede aplicar á todas las afecciones de la vulva en una mujer embarazada; como las vegetaciones, las placas mucosas y el prurito vulvar persisten con una tenacidad desesperante.

El **cáncer** *escirroso* ó *encefaloide* se encuentra rara vez en la vulva; se desarrolla ordinariamente en el cuello del útero y sólo se le ve llegar al exterior en casos de degeneracion progresiva de las paredes de la vagina. Otra forma del cáncer,

aunque muy rara, se desarrolla alguna vez; os hablo del **cancróide**, de esa forma particular que en el escroto del hombre ha sido descrito con el nombre de *cáncer de los desollinadores*. Hace algunos años tuve en mi clientela una jóven que yo asistía en union de los Sres. Nélaton y Péan, para un cancroide de la vulva. Se amputó el labio enfermo, pero recidivó al cabo de poco tiempo. El mal había invadido el tabique rectovaginal que nos vimos obligados á separar en parte. Aunque ménos grave que el cáncer, propiamente dicho, esta forma puede acarrear, si no la muerte, por lo ménos, las más graves lesiones.

Al principio de esta leccion os tracé el cuadro del prurito vulvar. Las rascaduras incesantes pueden producir una irritacion suficiente para determinar un aborto en la mujer embarazada y accidentes de metrorragia en las otras mujeres; dichosas las enfermas si no llegan tambien á contraer hábitos vergonzosos que los conserven aún despues de la curacion del prurito.

De una manera general, ¿cuál será el tratamiento de las afecciones de la vulva? Si son la expresion de un estado general, recurrid desde luégo al tratamiento general.

En el caso de inflamacion aguda emplead aplicaciones emolientes, y sobre todo, tened cuidado de que las partes enfermas no se encuentren en contacto. El prurito vulvar reclama un tratamiento especial. Determinad una *irritacion sustitutiva*, con ayuda de lociones hechas con una solucion de sublimado, ó provocad *modificaciones de la inervacion* por las duchas de agua fria.

Os decía hace poco que los tegumentos de la vulva ofrecen, bajo muchos puntos de vista, analogías notables con los de la cara. La vulva, en efecto, tiene, como la cara, su *fisonomía*, su *facies* y su *expresion sintomática*, lo cual debeis siempre tener en cuenta. Si nosotros separamos los grandes labios á la manera de dos valvas, el solo aspecto de la vulva podrá ser para nosotros de la mayor enseñanza. Una vulva sana nos pre-

sentará una mucosa rosada, pálida ó ligeramente bronceada en ciertas mujeres, de un aspecto chagrinado característico. Si está inflamada la vereis enrojecida, con la hipersecrecion de los numerosos folículos glandulares y un moco-pus abundante, resultado de esta hipersecrecion. Una mucosa simplemente descolorida será un signo de anemia ó de hidrohemia. Por el contrario, el color amarillo pálido, la desaparicion de las eminencias glandulares, el aspecto liso, que recuerda el de la lengua en las afecciones graves del tubo digestivo, deberán siempre haceros pensar en una afeccion uterina grave. Una vulva cianótica nos indicará siempre la presencia de un tumor en la cavidad pelviana, bien que este tumor sea patológico ó que pertenezca al desarrollo regular del útero durante la gestacion. Tened, pues, muy en cuenta este signo, porque sabeis cuán difícil de reconocer es el embarazo en su principio.

Es necesario saber tambien que una vulva perfectamente sana, puede ocultar á veces un estado morboso de las partes profundas. Colocada superficialmente y más accesible á los cuidados de la limpieza, la vulva curará rápidamente, pero dejará detras de sí los productos impuros de una secrecion morbosa; y estos productos se transmitirán tanto más fácilmente, cuanto que el aspecto exterior de la vulva habrá hecho desaparecer todo temor de contaminacion.

Señores, cuando se recorren las ruinas de Pompeya (de esa ciudad única en el mundo—y que se desea siempre volver á ver—sorprendida, hace cerca de dos mil años, en medio de su actividad y de sus placeres, y sepultada toda entera bajo una lluvia de cenizas, para despertar diez y ocho siglos despues al sol de la civilizacion moderna) se ve encima de la puerta de una casa la inscripcion siguiente:

Hic habitas felicitas (Aquí reside la felicidad).

Esta casa es una de esas que el pudor no nombra, y por delante de las cuales pasa volviendo la cabeza y bajando los ojos.

Poco más léjos, á la entrada de otra casa, se lee esta inscripcion, señal de la más previsora caridad:

CAVE CANEM! (Tened cuidado con el perro).

Señores, al tratar del asunto que acaba de ocuparnos, he recordado estas dos inscripciones. Os he mostrado, os he descrito la region genital de la mujer; esta es la fuente donde se alimenta el placer, esta es la copa donde se sacian las voluptuosidades humanas:

HIC HABITAS FELICITAS.

Pero este manantial de riberas tan seductoras, no da siempre una agua pura; esta copa de bordes encantadores, oculta frecuentemente en su fondo un brebaje pérfido y deletéreo. Guardaos, sed sagaces y prudentes; absteneos, ó no aproximaos sino con reserva:

CAVE CANEM!

LECCION TREINTA Y SIETE.

De la influencia de las enfermedades de la piel sobre la salud general.

Ya comprendereis, señores, la necesidad de estudiar y de conocer las enfermedades de la piel. Son excesivamente frecuentes; se las encuentra á cada paso; todas las edades, todos los sexos, todas las condiciones sociales son atacadas de ellas. Estas enfermedades son importantes, no sólo por su frecuencia, sino tambien por su gravedad, su duracion y la tenacidad con que resisten á los tratamientos mejor dirigidos; son graves tambien por las alteraciones, por las deformidades que entrañan, y que frecuentemente ponen á los enfermos en la dura necesidad de dejar sus trabajos, sus ocupaciones, para vivir léjos de todas las miradas, en una triste y completa secuestracion. ¡Dichosos aquellos infortunados que tienen el valor y la paciencia de soportar sus largos padecimientos sin poner fin á su existencia — como tenemos muchos ejemplos — por una muerte voluntaria! Ved, pues, cuán indispensable es el conocimiento de estas enfermedades. Despues de haber estudiado aisladamente las principales y más importantes de ellas, procuremos ahora, para ilustrar nuestro trabajo, el examinar, por consideraciones generales, los lazos que unen unas á otras, de una parte, y de otra, los que las unen á todo el resto de la patología La cuestion que quiero examinar con vosotros, hoy, es esta: *De la influencia de las enfermedades de la piel, sobre la salud general.*

¿Qué es esta salud, sino el libre ejercicio y el perfecto acuerdo de todas las funciones fisiológicas? Y ahora bien, este libre ejercicio y este acuerdo, ¿son alterados por las afecciones de la piel? Este es el asunto que vamos á discutir.

Para dilucidar esta gran cuestion de la patología general de las afecciones cutáneas, es necesario dividir estas enfermedades en varias categorías. En la primera colocaré las fiebres eruptivas, que podría llamar tambien erupciones febriles, y que no se tiene costumbre, como sabeis, de colocar entre las enfermedades de la piel, donde, sin embargo, su lugar me parece perfectamente indicado.

En este primer grupo: *viruela*, *varioloide*, *escarlatina*, *sarampion*, encontramos trastornos generales intensos, una violenta sacudida de la economía, que, no sólo acompaña á la erupcion, si que tambien la precede y constituye los prodromos de la afeccion; en los prodromos comprobamos casi siempre signos patognomónicos bastante importantes para establecer de antemano el diagnóstico; estos son: el coriza, el lagrimeo y la bronquítis, para el sarampion; la angina, para la escarlatina; la raquialgia, para la viruela. Además, cuando estas enfermedades han cesado, se sobreviven á sí mismas por ciertos síntomas que bastarán tambien para patognomonizarlas; éstos son: la expectoracion nummular y la bronquítis grave persistente, que engendra con frecuencia la tuberculósis, para el sarampion; los trastornos importantes de la circulacion, el anasarca y el estado albuminoso de las orinas, para la escarlatina. Así, pues, en esta primera categoría vemos trastornos generales constantes, y que se presentan siempre con caractéres tan marcados y tan especiales, que, áun en ausencia de toda erupcion bastarían para caracterizar y denominar tal ó cual fiebre eruptiva. Ya sabeis, en efecto, que se han descrito sarampiones sin erupcion: *Morbilli sine morbillis.*

En la segunda categoría colocaremos afecciones que van tambien acompañadas de trastornos generales; pero estos trastornos no tienen ya carácter patognomónico que pueda bastar

para establecer el diagnóstico. Tal es la *erisipela*, que va constantemente precedida y acompañada de accidentes febriles que revisten, ya la forma flegmásica ó francamente inflamatoria, ya, por el contrario, la forma biliosa, análoga al que se ha descrito con el nombre de embarazo gástrico, febril. Despues de la erisipela vendrá el *eritema;* éste, cuando es de causa directa, externa, como el eritema intertriginoso, ó cuando es producido por el contacto ó por la picadura de un insecto, permanece siempre como una afeccion esencialmente local y no despierta trastorno alguno general; pero no sucede lo mismo con el eritema vernal ó estacional, con el eritema circinado ó papuloso, procedente de causas gástricas, y sobre todo con el eritema nudoso que, ya se le considere como una manifestacion del principio reumatismal ó ya se le rehuse esta significacion morbosa, siempre ocasionan trastornos muy pronunciados en la salud general. Tales son tambien el *eczema rubrum*, la *pitiriásis rubra* y *circinata*, la *miliar roja* (*miliaria rubra*), la *fiebre urticaria*, el *zona*, la *fiebre penfigoide*, etc., afecciones todas pseudo-exantemáticas que ejercen siempre sobre toda la economía una perturbacion que se traduce por fiebre, inapetencia, y por todos los desórdenes que acompañan y constituyen ordinariamente un estado febril. Así, pues, todas las afecciones cutáneas que hemos colocado en este grupo, se presentan siempre con un cortejo de accidentes generales, pero que no tienen nada en su carácter que sea patognomónico, como hemos comprobado con las enfermedades del primer grupo.

Llegamos ahora á la tercera categoría, al grupo de las *sifílides*. La piel es el sitio donde la sífilis prefiere siempre presentarse. Las sifílides tienen el funesto privilegio de no dar lugar ni á prurito ni á dolor. Digo funesto, porque esta ausencia de dolor hace que los individuos poco cuidadosos de su persona dejen con frecuencia pasar desapercibidos los fenómenos que presentan, y esto es lo que hace que veamos muchos enfermos que han llegado á los accidentes sifilíticos ulcerosos

ó terciarios gravísimos, sosteniendo siempre que nunca han tenido sífilis. Ahora bien; estas afecciones ¿existen con trastornos generales en los individuos que son de ellas atacados? A esta cuestion se puede responder sí y no. En efecto, un enfermo afecto de un chancro primitivo, casi siempre indolente, no experimenta al principio modificacion alguna en su estado general; pero del décimoquinto al décimooctavo dia, en el momento en que el chancro se indura—lo que constituye el sello y como el primer acto de la sífilis constitucional—se observa á menudo anorexia, malestar y trastornos de la salud más ó ménos marcados; algunos dias despues, el enfermo recobra á veces su estado normal; pero algunas semanas despues sobrevendrá de nuevo la fiebre, precediendo y acompañando á una erupcion roseólica ó papulosa generalizada: esta es la *fiebre sifilítica*. Pero no es esto todo: en esta misma época de las manifestaciones cutáneas de la sífilis, encontraremos con bastante frecuencia otros trastornos generales; estos son neuralgias que tienen por carácter el ser intermitentes, pero cuyos accesos, muy dolorosos, se producen por la tarde y en la primera mitad de la noche; miosalgias y artralgias, accidentes todos que con frecuencia son bastante intensos para producir progresivamente una verdadera caquexia. Es evidente que la mayor parte del tiempo son estos trastornos la consecuencia de la infeccion sifilítica; pero como quiera que sobrevienen precisamente en la época de las manifestaciones cutáneas, ¿no pudieran lógicamente ser considerados como estando en parte bajo la dependencia de estas mismas manifestaciones? Así es que, como veis, las sifílides pueden tambien, en muchos casos, ser consideradas como al principio de trastornos ligeros ó graves para la salud general.

El grupo que vamos ahora á estudiar está constituido por las escrofúlides. Lo mismo que la sífilis, la escrófula toma la piel por su asiento predilecto. Pero aquí no observamos trastornos generales. Todo lo que pertenece á la escrófula es esencialmente lento, crónico, tórpido y sin reaccion general. Ve-

reis con frecuencia producirse los accidentes más escrofulosos, más espantosos, las destrucciones orgánicas más profundas y las más anchas en superficie, sin que la salud general de los enfermos parezca sufrir. Así es que pueden continuar sus trabajos y vivir en su vida comun, á pesar de las lesiones y de las deformidades más repugnantes.

Lleguemos ahora á otro grupo, al de las *herpétides*, es decir, afecciones cutáneas que existen bajo la influencia del vicio herpético. Para comprender mejor los trastornos generales de que las herpétides pueden ser causa, expondremos ante todo brevemente sus principales caractéres. Las herpétides ocupan habitualmente sobre la piel un espacio considerable; su disposicion es simétrica, es decir, que tiene la misma forma en los dos lados del cuerpo ó en los miembros correspondientes; son esencialmente crónicas en su desarrollo, largas en su duracion; alteran profundamente la piel y modifican su estructura de la manera más grave; ya la desnaturalizan y adelgazan, como hace el eczema; ya la engruesan, como el psoriásis, el prurigo y el líquen. Pero ¿creeis que las funciones fisiológicas de la piel, tan importantes y tan indispensables á la salud, no habían de ser difíciles y áun imposibles por las modificaciones tan graves que aquélla sufre por parte del *psoriásis inveterata*, que la transforma en una verdadera concha gruesa, seca, dura; ó por parte del líquen crónico, que la engruesa, la endurece y la hace semejante á los tegumentos secos y áridos de los paquidermos?

Un segundo carácter de las herpétides consiste en el prurito que ocasionan. Este prurito, como en el prurigo formicans generalizado, es á veces tan intenso que determina en los enfermos verdaderos accesos de frenesí. Estos desdichados pasan frecuentemente noches enteras rascándose con rabia, y de aquí resultan insomnios que se prolongan con frecuencia meses enteros, una sobreexcitacion nerviosa que, unida á la pérdida del apetito, traen consigo el enflaquecimiento y provocan algunas veces una verdadera fiebre héctica. Este prurito,

cuando ocupa los órganos genitales, engendra y sostiene en ambos sexos los más perniciosos hábitos de onanismo. Por otra parte, ¿creeis que la accion de las uñas sea siempre inofensiva y que no pueda provocar serios accidentes de inflamacion del dérmis y áun linfagitis, cuyos peligros todos conoceis?

Otro carácter de las herpétides es el de producir secreciones tanto secas como húmedas. Cuando las secreciones secas son poco abundantes, tienen poca importancia; pero, en el caso contrario, pueden producir la consuncion, como se ve en ciertos enfermos atacados de *psoriásis difuso*, de *pénfigo foliáceo*, y sobre todo de *herpétide maligna esfoliatriz*. Si la secrecion es húmeda, como en el *eczema fluente generalizado*, la vereis, con frecuencia, de una excesiva abundancia, durar semanas y á veces meses enteros, y producir de este modo la consuncion de los enfermos.

Debo señalaros tambien un carácter propio de las herpétides, y es el peligro relativo á las retrocesiones. Estas enfermedades proceden por brotes; están sometidas en su desarrollo á un verdadero movimiento de vaiven, á una especie de flujo y reflujo. Suponed que una de estas secreciones abundantes, que constituyen un verdadero catarro de la piel, se suprime por una influencia cualquiera; por esto sólo podreis temer una retrocesion inmediata sobre los órganos internos y sobre todo sobre los órganos respiratorios. Hace algun tiempo, un enfermo de mis salas, afecto de un *eczema fluente* del dorso, fué sometido á la accion del frio; el catarro de la piel se suprimió y el enfermo fué atacado de una bronquítis capilar generalizada, verdadero catarro sofocante, que resistió á todo lo que hicimos para combatirlo y cuyo enfermo murió en pocos dias. Hé aquí, señores, un resúmen bien incompleto seguramente, de los peligros que pueden hacer correr las herpétides á los enfermos que son de ellas atacados.

Quédanme aún por decir algunas palabras de dos categorías de afecciones de la piel. Primero, las afecciones *parasitarias*. Comprendereis muy bien que estas afecciones, que son engen-

dradas por un parásito vegetal ó animal, si fuesen abandonadas á sí mismas, ó desconocidas en su naturaleza, y por consiguiente sometidas á un tratamiento ineficaz, no tardarían en complicarse de accidentes cutáneos múltiples, que bien pronto, á su vez, llegarían á ser el punto de partida de accidentes generales análogos á los que acabamos de describir. Pero despues de los bellos trabajos de MM. Bazin, Hardy y Piogey, no es permitido desconocer estas afecciones, y por consiguiente, puede y debe triunfar de ellas un tratamiento especial, ántes que hayan tenido tiempo de provocar complicaciones funestas.

Quedan, por último, las afecciones de causa directa ó externa, que dependen siempre de una causa local y no despiertan reaccion general en la economía, á ménos de tener una intensidad muy considerable ó de revestir una forma peligrosa por sí misma, como, por ejemplo, la erisipela de insolacion.

Así, pues, señores, veis que en un gran número de casos las dermatósis pueden estar complicadas de estados generales y trastornos reaccionales, cuya importancia nunca debe escaparse al clínico. Digo que estos trastornos generales existen en gran número de casos, porque no son constantes; con mucha frecuencia, en efecto, la salud no es en manera alguna atacada por afecciones cutáneas graves en sus manifestaciones. Así es que, por ejemplo, vereis frecuentemente al psoriásis no turbar en nada el estado fisiológico; creo más: la existencia de una enfermedad de la piel es á veces necesaria á la integridad de la salud; constituye, en este caso, una especie de emunctorio, de derivativo natural, del cual los enfermos sienten su necesidad. Tan es así, que vereis trastornos nerviosos, tales como hemi-cráneas, cefalalgia, trastornos gastro-intestinales y sobre todo trastornos del aparato respiratorio, producirse despues de la desaparicion brusca de placas psoriásicas, liquenoides y eczematosas, y no desaparecer sino despues y por el hecho de la reaparicion de estos mismos accidentes cutáneos.

De las consideraciones que acabo de presentaros resulta, pues, que las enfermedades de la piel pueden despertar en la

economía una reaccion general y que están ligadas de una manera íntima con lo que se puede llamar la salud general. Os he mostrado, en efecto, que son con mucha frecuencia el principio de desórdenes generales variados y algunas veces graves: fiebre, accidentes nerviosos, disminucion de las fuerzas vitales, enflaquecimiento, pérdida del sueño y del apetito, fiebre héctica, extenuacion completa, estado caquéctico y la muerte.

Si ahora, despues de haber formado una idea clara de la influencia ejercida sobre la salud general por las enfermedades de la piel, nos preguntamos cuál es la naturaleza de estas afecciones, lo que valen como *entidades morbosas*, debemos sentar en principio que la mayor parte de ellas no son otra cosa que síntomas. Sí, señores; ellas nos demuestran casi todas las diátesis, casi todos los desórdenes funcionales, casi todos los trastornos interiores: la sífilis, la escrófula, el hérpes, los accidentes abdominales más variados, vienen, en cierto modo, á pintarse y á fotografiarse sobre la piel en caractéres patognomónicos que, si sabemos discernirlos bien, deben siempre permitirnos dar á cada uno el nombre que le es propio.

Las enfermedades de la piel, consideradas bajo este punto de vista, toman una importancia considerable. Al comenzar esta leccion os hablaba de su importancia deducida, de su frecuencia, de su gravedad, de su duracion y de sus recidivas. Ahora, y despues de todas las consideraciones precedentes, puedo haceros comprender cuánto más importantes se hacen aún, puesto que, de una parte, debemos ver en ellas los síntomas de casi todos nuestros estados morbosos más serios y más variados, al mismo tiempo que las causas de trastornos generales no ménos graves y no ménos variados á su vez. Las enfermedades de la piel son ordinariamente síntomas, es cierto; pero en virtud de su vitalidad, la piel obra sobre las lesiones sintomáticas de que ella es asiento para elevar estas lesiones á la categoría de verdaderas causas morbosas, las cuales, como hemos visto, pueden tener numerosas y profundas consecuencias. La piel es como un gran centro en el cual se

produce una doble corriente patológica: una que del interior á la superficie lleva las lesiones sintomáticas, y otra que, partiendo de esta superficie lesionada, penetra en las profundidades de la economía para llevar á ellas los trastornos reaccionales.

Que no se diga, por lo tanto, que las enfermedades de la piel son una especialidad, y que los médicos que de ellas se ocupan son especialistas. No, señores: las enfermedades de la piel no son una especialidad; constituyen una de las ramas más importantes de toda la patología; están ligadas á ésta de la manera más íntima y más indisoluble; su historia es la historia misma de casi toda la patología, que sólo puede hacernos comprender su naturaleza y llevar la luz en medio de todas las oscuridades que aquellas nos presentan. Intentad, por el contrario, aislarlas, y tan sólo conseguireis perder completamente el conocimiento y la nocion que de ellas pudiera tenerse; ya no tendreis una ciencia, sino un oscuro cáos, que será bueno á lo sumo para el empirismo; no tendreis más que una rama muerta, sin fisonomía y sin carácter, porque la habeis separado del árbol que le daba su savia y su vitalidad.

LECCION TREINTA Y OCHO.

Influencia de la salud general sobre las enfermedades de la piel.

SEÑORES:

Os hablé en mi última leccion de la influencia de las enfermedades de la piel sobre la salud general; hoy, haciendo recíproca esta proposicion, voy á demostraros que la salud general, á su vez, ejerce una influencia considerable sobre las enfermedades de la piel; os haré ver que las afecciones cutáneas son ordinariamente tanto más benignas, cuanto mejor es la salud del que las padece; y, recíprocamente, que cuanto peor es la salud del individuo afectado, tanto más funesta es la forma que reviste la enfermedad de la piel.

Para estudiar con método esta cuestion importante, consideraremos la salud general como ejerciendo, sobre las enfermedades de la piel, su influencia de cinco maneras diferentes:

1.° Dando á su desarrollo un grado de intensidad más ó ménos considerable;

2.° Haciéndolas tomar una forma simple y benigna, ó grave y maligna;

3.° Determinando la aparicion de complicaciones siempre inherentes á estas enfermedades, y no esperando, para producirse, más que una causa ocasional; la mala salud vendrá á ser precisamente esta causa ocasional;

4.° Aumentando ó disminuyendo su duracion;

5.° Dándoles un desenlace bueno ó malo.

Ved qué variedad de acciones encontramos en esta influen-

cia que os señalo; ahora bien, para demostraros este hecho tan importante de la historia de las enfermedades de la piel, voy á examinar algunas, mostrándooslas sucesivamente en el órden en que las hemos colocado en nuestra última leccion.

Veamos primero nuestro primer grupo, el de las fiebres eruptivas. Suponed un hombre de una constitucion robusta, ó bien presentando todos los signos de lo que se llama constitucion pletórica, que sea atacado de viruela; bajo la influencia de esta constitucion robusta y pletórica, la viruela tomará ordinariamente una forma esencialmente inflamatoria; la rubefaccion de la piel será intensa, la fiebre considerable, el pulso lleno, duro, la turgescencia enorme; las pústulas serán tensas, salientes, resistentes, bien desarrolladas; estarán rodeadas en su base de una aureola de un rojo vivo, eritematoso, que desaparece á la presion del dedo; esta forma, esencialmente flegmásica, será por sí misma la amenaza de graves complicaciones por parte de las meninges y del cerebro mismo, y os dará para el tratamiento las indicaciones más sérias que llenar; á la medicacion antiflogística é hipostenizante es á la que debeis recurrir. Supongamos ahora esta misma viruela desarrollándose en un individuo caquéctico ó debilitado por las privaciones, excesos ó enfermedades anteriores; la forma que observareis será probablemente muy distinta; así es que, primero, relativamente á la erupcion, las pústulas serán aplanadas, blandas, saniosas, rodeadas de una aureola pálida equimótica; segundo, relativamente al estado general, el pulso será pequeño, sin resistencia, rápido, á veces irregular; el estado de las fuerzas en la deplesion más acentuada; la debilidad será excesiva, el abatimiento extremo, y vereis, en una palabra, todo el cortejo de fenómenos de la adinamia; esta será la viruela negra ó hemorrágica, acerca de la cual debereis formar el pronóstico más funesto. Veis, pues, por este ejemplo, cuántas modificaciones puede sufrir la misma enfermedad segun el estado de la salud general.

Las mismas consideraciones se aplican á la escarlatina: com-

plicaciones inflamatorias, fiebre intensa y violenta, congestion de la piel, anchas placas de un hermoso color rojo subido de frambuesa, con frecuencia complicaciones meníngeas en un sujeto pletórico, fenómenos insidiosos, erupcion anormal sin viveza de colores, falta de reaccion, complicaciones adinámicas, que constituyen la escarlatina maligna y acarrean ordinariamente la muerte en un sujeto cuya constitucion sea mala ó primitivamente deteriorada.

Lo mismo puede decirse para el sarampion: si el individuo es robusto, pletórico, predispuesto á las congestiones cerebrales, debemos temer, por parte del sarampion, las más serias complicaciones encefálicas; si el individuo es, por el contrario, de una constitucion defectuosa, contrae frecuentemente bronquitis graves y tenaces; y si está predispuesto, ya por sus antecedentes personales, ya por sus antecedentes de familia, á la tuberculosis, deberemos tener los más serios temores sobre la influencia ejercida por el sarampion relativamente al desarrollo de esta temible diátesis, y todos nuestros esfuerzos deberán ser empleados en combatir enérgicamente esta funesta influencia.

Si pasamos ahora á otro grupo de afecciones cutáneas, tendremos tambien que aplicar las mismas consideraciones; tan es así, que la erisipela en el individuo sanguíneo, pletórico, tomará generalmente la forma inflamatoria; el infarto flegmásico de la piel será considerable, su coloracion roja muy pronunciada; comprobareis la forma flictenoide ó ampollosa, indicando un grado muy intenso de la inflamacion dérmica, que podrá tender á propagarse profundamente al tejido celular subcutáneo, para producir en él esas extensas y abundantes supuraciones que caracterizan la forma flegmonosa de la erisipela; y si esta erisipela ocupa la cara, debeis tener gran miedo de verle ganar el cuero cabelludo, y acarrear, á consecuencia de esto, las más temibles complicaciones meníngicas.

Concurrentemente con estos estados locales, donde el carácter flegmásico está tan fuertemente acentuado, tendreis el es-

tado general que acompaña á las afecciones francamente inflamatorias, y de este conjunto de condiciones locales y generales, deducireis las indicaciones terapéuticas más importantes (sangrías locales ó generales, purgantes repetidos, bebidas diuréticas y dieta; en una palabra, medicacion esencialmente antiflogística é hipostenizante).

Si, por el contrario, el enfermo afecto de erisipela es, naturalmente, de una salud deteriorada, de una constitucion anémica, empobrecida, la afeccion tomará generalmente otro carácter; no encontrareis en él, ó por lo ménos en un grado muy débil, el sello inflamatorio: el color de la piel será pálido, su elevacion poco considerable; las partes enfermas os presentarán extensas superficies atacadas sucesivamente, y de una manera en cierto modo serpiginosa. Otras veces comprobareis escaras: en el primer caso, será la forma ambulante ó errática; en el segundo, la gangrenosa. A estas dos formas corresponderá un estado general esencialmente grave, adinámico, y tendreis, por consiguiente, que llenar indicaciones terapéuticas diametralmente opuestas á las del caso precedente. Debereis, por lo tanto, recurrir á los tónicos, á los antisépticos, á los reconstituyentes, y áun á los excitantes.

Esta influencia de la salud general sobre las enfermedades de la piel, no es ménos considerable en las afecciones *venéreas* ó *sifilíticas* propiamente dichas. En efecto, un individuo robusto, en buenas condiciones de salud, contrae un *chancro blando*; este chancro, convenientemente tratado, no producirá ningun desórden general; se cicatrizará en el espacio de dos ó tres setenarios, y todo acabará. Si, por el contrario, este chancro debe ser *infectante*, lo vereis *indurarse* del décimoquinto al décimo-octavo dia; un mes despues, asistireis á la eflorescencia de los accidentes cutáneos de forma benigna, tales como la roseola y la sifílide papulosa, las cuales, despues de un tratamiento sábiamente conducido, desaparecerán al cabo de dos ó tres meses, sin dejar huellas ni en la piel ni en el estado general del enfermo. Vereis ordinariamente compor-

tarse de este modo á la sífilis en los individuos de buena constitucion.

Mas tomemos ahora este mismo *chancro blando* y coloquémosle en un individuo cuya constitucion esté deteriorada y cuyo principio vital esté profundamente afectado, ya por la miseria, ya por los excesos, ya por una mala higiene; le vereis *fagedenizarse*, es decir, hacerse asiento de una de las más terribles complicaciones de todos los accidentes venéreos, complicacion que se traduce por las más espantosas destrucciones, ya en superficie, ya en profundidad, hasta el punto que con frecuencia el fagedenismo hace sucumbir á las enfermos por los estragos que les ocasiona.

Coloquemos ahora un chancro indurado infectante en un individuo de las mismas condiciones de mala salud, y en vez de los accidentes benignos precoces de la sífilis constitucional, podremos ver desarrollarse pústulas de ectima y ampollas de rupia, lesiones ulcerosas que caracterizarán la *forma maligna* de la sífilis.

Suponed ahora que un enfermo, en buenas condiciones de salud, en el momento de contraer la sífilis ve deteriorarse su constitucion á consecuencia de excesos ó de accidentes de cualquier clase que sean; por el solo hecho de este cambio sobrevenido en su salud general, podreis comprobar que la sífilis, que se había mostrado en un principio benigna, tomará un carácter de gravedad excepcional y se traducirá por las formas ulcerosas y serpiginosas más terribles.

Os he trazado hace poco el cuadro de la evolucion habitual de la sífilis en un individuo de buena constitucion; veamos ahora cómo se comporta en un escrofuloso. Hay en este caso, entre la diátesis escrofulosa y la diátesis sifilítica, una especie de perniciosa afinidad, en virtud de la cual, cuando una vez se han encontrado estas dos diátesis, es sumamente difícil separarlas. La escrófula da á la sífilis caractéres esencialmente inmóviles, tórpidos, refractarios á todo tratamiento; así es que vereis cuán largos y en cierto modo indefinidos en su marcha

son los accidentes sifilíticos en un escrofuloso; ordinariamente opondrán una resistencia desesperada y desesperante, y al cabo de un tiempo muy largo é indeterminado vereis con frecuencia una tercera diátesis, la diátesis tuberculosa, engendrada por las dos primeras, terminar la escena por sus accidentes especiales, contra los que se estrellarán todos vuestros esfuerzos.

Así, pues, veis que la influencia de la salud general es muy importante, sea que la consideremos en las enfermedades de la piel, febriles, sea que la estudiemos en las que dependen de la sífilis. Veamos ahora lo que es esta influencia en las *herpétides*, es decir, en las afecciones cutáneas que tienen por causa el principio herpético.

Hé aquí un enfermo de buena constitucion, en el cual se declara un *eczema agudo*; despues de varias erupciones cada vez ménos fuertes, veis extinguirse progresivamente la afeccion local y creeis obtenida la curacion; pero si este enfermo se entrega á un exceso cualquiera que sobre-active la circulacion y el sistema nervioso, se despertarán inmediatamente y por esta causa, nuevas erupciones eczematosas. Tomemos ahora otro enfermo, en el cual el principio herpético se manifiesta ya por un *psoriásis*, ya por un *eczema*, lesiones cutáneas que se pueden llamar benignas. Pero hé aquí este enfermo que, á consecuencia de causas graves, experimenta un serio ataque en su salud general; pierde el apetito y el sueño, se adelgaza y cae bien pronto en un verdadero estado caquéctico; ¿qué pasará entónces en él? El vicio herpético que padece podrá cesar de manifestarse por caractéres benignos, los cuales podreis ver reemplazadas por las lesiones cutáneas más peligrosas por sí mismas, tales como la *herpétide maligna esfoliatriz*, el *ectima caquéctico* y la *rupia escarótica*. Así, pues, como veis, la salud general ejerce una influencia incontestable sobre las herpétides bajo el triple punto de vista de su desarrollo, de su duracion y de su gravedad.

Debemos ahora hablaros de ciertos epifenómenos de la salud de la mujer, tales como la menstruacion, el embarazo y el es-

tado puerperal. Estos tres estados ejercen, cada uno á su manera, una notable influencia en las enfermedades de la piel. Antes y durante el período menstrual vereis casi siempre un brote más ó ménos intenso y por consiguiente una agravacion en estas enfermedades, y por el contrario, en los dias que siguen á la cesacion de las reglas, una manifiesta sedacion. Durante el embarazo todas las afecciones cutáneas sifilíticas ó herpéticas que ocupan la *zona genital* están sujetas á un desarrollo considerable y las veis resistir tenazmente á los tratamientos por lo comun más eficaces; en este caso es cuando comprobareis esos pruritos vulvares tan dolorosos y tan refractarios, esos tubérculos mucosos tan anchos, tan salientes, que se transforman en placas mucosas vegetantes y ulceradas, y esos eczemas intertriginosos tan extensos, tan dolorosos y tan rebeldes. La sobreactividad vital de que la zona genital es asiento por el hecho del embarazo y la molestia de la circulacion venosa, resultante de la replecion uterina, os darán la explicacion de la agravacion que sufren, durante la gestacion, las afecciones cutáneas que ocupan las inmediaciones de los órganos genitales; y si durante el estado puerperal sobrevienen afecciones cutáneas febriles, tales como la viruela, el sarampion ó la erisipela, vereis casi siempre estas afecciones, por el solo hecho de la existencia del estado puerperal, revestir su forma más grave y por consiguiente haceros formar el más funesto pronóstico.

Estos ejemplos bastarán para haceros comprender la importante é incontestable influencia que ejerce la salud general sobre las enfermedades de la piel. Os he hecho ver que, generalmente, la forma ligera ó maligna de estas enfermedades, su marcha lenta ó rápida, su terminacion buena ó mala, están bajo la dependencia directa de la salud del enfermo y de su constitucion buena ó mala. En mi última leccion os decía que las dermatosis son á la vez *efectos* y *causas* de un gran número de nuestras enfermedades; que ya son la expresion y como la traduccion de los estados morbosos más diversos y

más graves; ó ya, por el contrario, son el punto de partida de otros estados morbosos no ménos diversos y no ménos graves. Hoy acabo de mostrároslas bajo la influencia inmediata de la salud general que las gobierna y las hace realmente, lo que nosotros vemos, graves ó benignas.

Por consiguiente, en el estudio de las afecciones de la piel no separeis nunca al *enfermo de la enfermedad;* tened siempre mucha cuenta con la edad, el sexo, el temperamento y el estado general bueno ó malo; todas estas consideraciones debereis tener presente, porque ellas suministrarán las indicaciones terapéuticas más importantes y porque siempre debereis cuidar al mismo tiempo al *enfermo y á la enfermedad.*

Así, pues, cuando, por ejemplo, esteis en presencia de *sífilides malignas* en un individuo caquéctico, comenzad siempre vuestro tratamiento por atacar la *caquexia*, que es causa de la *malignidad* de la sífilides. Colocad al enfermo en las mejores condiciones higiénicas posibles, relativamente á su habitacion; dadle la alimentacion más escogida y más reparadora; hacedles tomar los vinos generosos, amargos y de quina, y carnes suculentas; levantareis de este modo el estado de sus fuerzas, y corrigiendo de este modo su mala salud general, podreis dejar corregida la *malignidad* de su afeccion.

Cuando por esta primera medicacion esencialmente higiénica y reconstituyente hayais preparado el terreno suficientemente, entónces y sólo entónces y en una segunda fase del tratamiento, dad los medicamentos específicos que precedentemente no hubieran sido soportados y por consiguiente que no hubieran hecho más que agravar los accidentes locales y generales. De esta misma manera, por un tratamiento puramente higiénico y que se dirija á la salud general, es como podreis haceros dueños del *fagedenismo.*

Os decía hace poco cuán rebelde y tenaz es la sífilis, cuando existe en un escrofuloso. En estos casos debeis siempre unir el tratamiento de ambas diátesis, asociar al mercurio el aceite

de hígado de bacalao, los yódicos, los amargos, los ferruginosos y todos los tónicos.

He terminado; ya os he dicho lo bastante para demostraros que si la salud general influye sobre las enfermedades de la piel en su desarrollo, en sus formas y en su gravedad, debe tambien ser la primera en dictaros el tratamiento por el cual debeis combatirlas.

LECCION TREINTA Y NUEVE.

Patología comparativa de las membranas mucosas y de la piel.

Señores:

Además de los tejidos celular y aponeurótico, existen en el cuerpo humano tres membranas principales: las serosas, las mucosas y la piel. Las serosas nos representan sacos sin abertura: no soportan nada que les sea extraño sobre su superficie; en relacion consigo misma, siempre al abrigo del contacto del aire, siempre aisladas, constituyen un mundo aparte, y su historia, bajo el punto de vista anatómico, fisiológico y patológico, nos ofrece caractéres del todo especiales, y que no encontraremos en ningun otro punto. La piel y las mucosas tienen, por el contrario, los más numerosos y los más interesantes puntos de semejanza. Si la piel es el tegumento externo, las mucosas son la piel interna; la piel y las mucosas no son, por decirlo así, sino una misma membrana, porque se ve la piel, por gradaciones sucesivas, transformarse progresivamente á medida que se aproxima á las mucosas, confundirse y continuarse con ellas, sin línea de demarcacion bien marcada.

Considerad la piel en la parte posterior y superior del tronco y en los miembros en toda su extension: ahí es donde está más alejada de los orificios naturales y de las mucosas; y es tambien donde la vereis más seca, con mas espesor y con ménos semejanza con las mucosas. Pero, vedla á medida que se apro-

xima á las aberturas naturales; ved lo que ella es en el surco inter-gluteo y en la márgen del ano; seguidla en la cara interna y superior de los muslos, en los pliegues génito-crurales, en la entrada de la vulva ó de las fosas nasales; vedla, en todas estas regiones, toma poco á poco la finura, la delicadeza, la humedad, la coloracion, y todo el aspecto de las mucosas que van á ser su continuacion.

Las mucosas y la piel nos ofrecen, en cuanto á su estructura, las mayores analogías; existe, tanto en unas como en otra, una trama en cuyas mallas serpentea una intrincada red de vasos y de nérvios que se entrecruzan hasta el infinito, alrededor de glándulas sudoríparas, sebáceas y mucíparas, ó se terminan en las pápilas sensitivas que son el asiento, aquí del tacto, allí del gusto ó de la olfacion.

Sus funciones fisiológicas son tambien casi las mismas: la piel es la envoltura externa del cuerpo; ella lo pone en contacto con el mundo exterior; y es á la vez un intermediario y una proteccion, al mismo tiempo que asegura el libre funcionamiento de todos los órganos que cubre. Las mucosas tapizan el interior de nuestros órganos; reciben, absorben ó arrojan todo lo que viene del exterior; ellas son tambien, á la vez, un medio de union y una defensa entre nuestro cuerpo y el mundo exterior.

Pero donde vamos á encontrar, entre la piel y las mucosas, semejanzas dignas de llamar nuestra atencion, es en su patología. La piel nos representa como un ancho campo abierto al desarrollo de una infinidad de enfermedades. Si es cierto que los ojos son el espejo del alma, no es ménos cierto que la piel es el espejo de la salud. Su aspecto, su coloracion, su temperatura, su sequedad ó su humedad, son caractéres preciosos que la semeiología nunca desdeña. En la piel es donde se produce la eflorescencia de todas las pirexias y donde se manifiestan, con sus caractéres distintivos, las principales lesiones del herpetismo, de la sífilis y de la escrófula; en la piel es donde se traducen tambien desórdenes que no son más que el reflejo

exterior y el eco de los trastornos interiores más variados y más profundos, tales como los trastornos hepáticos, gastro-intestinales y circulatorios. Así, pues, de todos los puntos del organismo parte como una gran corriente morbosa que lleva á la piel lesiones, alteraciones de tejido y modificaciones de aspecto, de coloracion y de temperatura, que no son otra cosa que síntomas.

Pero la piel no es una membrana inerte; tiene su vitalidad propia, y cuando su tejido, su circulacion y su inervacion se encuentran de este modo atacados, no queda impasible, reacciona y se hace á su vez una nueva causa de accidentes y de trastornos; la intensidad de las lesiones de que ha llegado á ser asiento, el dolor y los desórdenes funcionales, que son consecuencia de ellos, provocan una reaccion general que se traduce por un estado de agitacion, de malestar y sufrimiento, fiebre, inapetencia é insomnio. Las alteraciones que la piel había sufrido no eran primitivamente más que *síntomas*, pero estos síntomas no han tardado en ser á su vez *verdaderas causas*, y engendrar por sí mismos nuevos estados patológicos; de suerte que si hemos comprobado una primera corriente morbosa, de la cual la piel era el término, comprobamos ahora una segunda, que, partiendo de la piel, refluye en todas las direcciones y en todas las profundidades de la economía.

Ahora bien: esta doble corriente morbosa, de que la piel es á la vez punto de llegada y punto de partida, el término y el orígen, ¿no la encontramos tambien en las mucosas? ¿no tienen las mucosas, como la piel, sus exantemas, sus hemorragias, sus ulceraciones y sus lesiones sifilíticas, herpéticas y estrumosas? ¿no ofrecen ellas tambien sus vastas superficies al desarrollo de las afecciones más diversas por su naturaleza? Y cuando ellas han llegado á ser el asiento de estados patológicos que, no por ser sólo *síntomas*, dejan de ser lesiones graves, ¿no veis producirse accidentes generales y trastornos funcionales, por el solo hecho de la alteracion producida en su

funcionamiento y en su vitalidad? De suerte que, de estas lesiones que primitivamente y por su naturaleza no eran más que *síntomas*, ellas forman, por decirlo así, sus *enfermedades propias*, imprimiéndoles un poder perturbador sobre toda la economía.

Por otra parte, si considerais á las mucosas de una manera general, relativamente á la semeiología, ¿no nos ofrecen caractéres tan marcados como los que nos son suministrados por la piel? ¿No teneis que notar, como indicios de la más alta importancia, su coloracion muy roja, ó muy pálida, su tinte ictérico ó de un amarillo de hoja seca, su pulverulencia, sus fuliginosidades, su sequedad ó su humedad?

Si ahora dejamos las generalidades para descender á los detalles, comprobamos que un gran número de afecciones de la piel se encuentran en las mucosas. Hay un psoriásis de los labios y de la lengua; el hérpes, con sus vexículas y sus ulceraciones, se presenta en los labios, en la boca y en la vulva; el eczema afecta las conjuntivas y la vulva; ciertas anginas faríngeas semejan mucho el eritema y áun la erisipela; las granulaciones del istmo de las fauces y de la faringe recuerdan el acné barrósico y granuloso; las mucosas tienen, como la piel, sus ulceraciones simples, escorbúticas, sifilíticas, escrofulosas, cancerosas y gangrenosas, sus hemorragias intersticiales y sus focos hemorrágicos.

Las mucosas y la piel presentan comunmente en su manera de ser la más notable concordancia. En la fiebre tifoidea y en otros estados patológicos graves, las escaras de la region glútea existen al par de las ulceraciones del intestino; la supresion de las secreciones de las mucosas, síntoma siempre funesto, la sequedad del globo ocular, de las fosas nasales, de los labios y de la boca, coincide con la sequedad de la piel; y cuando las secreciones de esta última se reproducen, cuando se vuelve húmeda y sudosa, se ve al mismo tiempo reaparecer, signo de feliz agüero, la secrecion de las lágrimas, de la saliva y del moco nasal. Las mismas coloraciones morbosas

existen al mismo tiempo en las mucosas y en la piel, con igual valor semeiótico: pálidas en la anemia, violáceas cuando hay dificultad de la circulacion venosa, ictéricas en las afecciones hepáticas, tienen un color amarillo pálido ó térreo en la caquexia cancerosa.

Las mucosas son el asiento de hipersecreciones á las cuales se ha dado el nombre vago y genérico de *catarros*. Hay el catarro nasal ó coriza, el catarro de los bronquios, del intestino, del útero, de la vagina y de la vejiga. La piel tiene tambien su catarro; esas anchas superficies de eczema fluente, donde el dérmis, denudado de su lámina epidérmica y ulcerado, da lugar á una secrecion con frecuencia tan abundante de líquido sero-gomoso, ¿no constituyen un verdadero catarro de la piel, catarro que presenta, como el de las mucosas, caractéres de agudeza ó de cronicidad? Ciertas mucosas, y en particular la mucosa intestinal, son á veces asiento de una secrecion tan abundante, que conduce á los enfermos á la extenuacion, á la emaciacion y á la muerte; parece que la masa entera de la sangre se ha descompuesto, y que su parte serosa se escapa á traves de las mallas de la mucosa del intestino. Este mismo flujo colicuativo se produce en la piel. ¿No se ve, en efecto, en ciertos estados generales graves, en ciertas afecciones que han producido una profunda alteracion en la salud general, no se ven, decimos, diaforésis que nada puede detener, y cuya excesiva abundancia no tarda en ocasionar la pérdida del enfermo?

Si la piel y las mucosas son igualmente el asiento de accidentes colicuativos, funestos, cuando no mortales, en cambio se producen tambien en su superficie fenómenos críticos y saludables. ¿Cuántas veces no vemos una enfermedad grave, terminarse bruscamente, y de la manera más feliz, á consecuencia de una diarrea, de una secrecion abundante de orina, ó de un brote eruptivo ó sudoral?

Es imposible que haya entre las membranas mucosas y la piel, tan numerosas semejanzas de estructura, de accion fisiológica y de estados morbosos, sin que al mismo tiempo no

exista entre ellas una verdadera y profunda solidaridad; la piel y las mucosas son, en efecto, solidarias; ejercen recíprocamente sobre sí mismas una influencia y una accion que las colocan mutuamente en una dependencia recíproca, íntima y absoluta. Si una causa morbosa, un enfriamiento, por ejemplo, obra sobre la piel, el golpe herirá las mucosas y producirá un coriza, una bronquítis ó un flujo intestinal. Si las mucosas, por el contrario, son primitivamente atacadas, si hay un ligero grado de inflamacion gastro-intestinal, á consecuencia de la ingestion de sustancias irritantes, la piel se cubrirá de placas de urticaria ó de pápulas eritematosas.

Esta solidaridad que existe entre las mucosas y la piel, es de la mayor importancia, y no debeis nunca perderla de vista en la terapéutica. Hé aquí, por ejemplo, un eczema fluente agudo que produce una abundante secrecion de líquido; éste es un catarro agudo de la piel; tengamos en cuenta una repercusion, porque el catarro de la piel, si se seca bruscamente, puede provocarse en la mucosa de los bronquios y dar lugar á un catarro bronquial más grave que el de la piel.

Evitemos, pues, cuidadosamente en semejantes casos los repercusivos, pero por derivativos prudentemente dirigidos hácia las vías urinarias é intestinales, establezcamos un doble catarro artificial y sustitutivo que disminuya la intensidad del catarro de la piel. ¿Y si hay, por el contrario, un catarro bronquial? Llamémosle hácia la piel con los vejigatorios. En el tratamiento de las afecciones pulmonares, informémonos siempre si el enfermo no ha tenido hérpes; hay bronquítis crónicas y graves que son de naturaleza herpética, y que se han desarrollado por metástasis en los bronquios; luégo la reaparicion de estos hérpes sobre la piel curará bien pronto estas bronquítis. Hay graves desórdenes gastro-intestinales que resisten á todos los tratamientos, y que se curarían por sí mismos, tan luégo como reapareciesen sobre la piel las placas herpéticas que habían sido repercutidas sobre la mucosa del estómago ó del intestino.

De todas estas consideraciones resulta, que la piel no es un órgano aislado en la economía, sino que está unido á las mucosas por lazos de la más estrecha y más íntima simpatía. Teniendo casi la misma estructura, la misma disposicion, las mismas funciones, la misma vitalidad y las mismas enfermedades, las mucosas y la piel, en su mutua y recíproca solidaridad, nos representan los dos platillos de una balanza; su perfecto equilibrio es una de las condiciones de buena salud. Las mucosas y la piel, relativamente á su patología, nos recuerdan tambien esos dos escollos situados, uno enfrente de otro, y conocidos en la antigüedad con los nombres de Caribdis y de Scila. Para estar sano y salvo, es necesario pasar á igual distancia de los dos escollos, porque si por escapar de Caribdis os alejábais un poco, una corriente irresistible os precipita contra Scila, más terrible todavía, y se diría entónces *que habíais caido de Caribdis en Scila.*

En el tratamiento de las afecciones cutáneas no perdais nunca de vista ésta peligrosa corriente de la repercusion, siempre pronta á hacer refluir la enfermedad de la piel hácia las mucosas. Guardaos de ella, porque si no habeis sabido sustraer de ella á vuestros enfermos, se podría decir tambien *que vosotros los habíais dejado caer de Caribdis en Scila.*

LECCION CUARENTA.

Diátesis fibrómica (fibromas generalizados).

Señores:

Vamos á ocuparnos hoy de una enfermedad que se recomienda por su gran importancia, por su singularidad, y sobre la cual no se ha llamado aún, por decirlo así, la atencion, puesto que no se encuentra en la ciencia más que un solo caso análogo al que voy á exponeros, ántes de discutir su valor y su significacion. Se trata de una enferma que se presentó en mi consulta y que admití en mis salas; toda la superficio de su cuerpo, desde el vértice de la cabeza hasta los miembros inferiores estaba llena de tumores, los cuales, innumerables en cantidad, variaban de forma y de volúmen; unos, perfectamente lisos, regulares, redondeados y aislados, movibles en todos sentidos, tenían el grosor de una cereza ó de una almendra; otros se habían hecho confluentes, y reunidos sobre la periferia craniana principalmente, formaban placas prominentes, desiguales en su extension, en sus eminencias y en sus contornos; otros, tocándose por uno de sus puntos solamente y abrazándose de una manera regular y en el sentido longitudinal, formaban verdaderos cordones, que de la pared torácica subían á la cabeza.

El aspecto raro y extraño de todos estos bultos, de todas estas placas, de todos estos tumores, está perfectamente representado en estas piezas modeladas que os presento, las cuales

son debidas al talento de M. Baretta y pertenecen á nuestro museo anatomo-patológico del hospital de San Luis.

Antes de procurar establecer por la discusion cuál es la naturaleza de esta lesion, de esta manifestacion morbosa tan rara y tan interesante, voy á leeros la observacion de todo lo referente á la enferma y á la evolucion de la enfermedad. Esta observacion ha sido recogida por M. Gswender, mi interno, alumno de los más instruidos:

Mme B... de 67 años de edad, antigua cocinera, entró el 29 de Mayo de 1868 en el hospital de San Luis, en la clínica de M. Guibout, con una afeccion de las más raras.

Los parientes de la enferma han muerto. La madre, robusta y fuerte, sucumbió á la edad de 72 años, de sofocacion, á consecuencia de una pleuresía con derrame considerable. El padre, que era de una constitucion fuerte, murió á consecuencia de un acceso de asma á la edad de 76 años.

De cuatro hijos que estos dejaron, dos murieron de corta edad; la tercera murió de causa desconocida á la edad de 68 años.

La enferma actual es pequeña de talla y gruesa; ha tenido siempre buena salud y una constitucion robusta y fuerte. A los 60 años pesaba cerca de 139 libras.

Casada á los 32 años, ha tenido hijos que todos viven bien. Nunca, hasta la edad de 66 años, ha contraido enfermedad alguna grave. Nacida en Groslay, cerca de Montmorency, ha pasado allí su vida como cocinera.

En 1840 tuvo una fractura de la primera falange del pulgar derecho, que se redujo y curó.

Algun tiempo despues el pulgar se hinchó, se puso rojo y doloroso; se practicó una incision y salió por ella pus seroso. La herida se hizo fistulosa y supuró hasta el dia en que se le colocó un vejigatorio en el brazo derecho.

La enferma no sabe el tiempo que tuvo este vejigatorio, pero poco tiempo despues que se suprimió, en 1841, vió y sintió aparecer *en el espesor de la piel*, haciendo parte de ella y á

dos ó tres centímetros hácia la izquierda del pezon derecho, una ó dos pequeñas nudosidades, duras, no dolorosas, del grueso de un hueso de cereza.

Poco á poco se mostraron otras alrededor del pezon, y todos estos tubérculos acabaron por tocarse, á consecuencia de su crecimiento en volúmen y de su desarrollo excéntrico, llegaron á formar una capa dura, aplanada, como escirrosa, que ocupaba toda la mama derecha y la cubrían de tal modo, que la inmovilizaban.

Hasta 1866 toda la afeccion quedó limitada al seno derecho. La salud, por otra parte, se mantenía buena, las fuerzas no se debilitaron y la enferma continuó sin interrupcion su trabajo de cocinera.

Pero en 1866, sin tumefaccion, sin dolores prévios, sin golpe, caida, herida ú otro traumatismo que pudiese ser invocado como causa ocasional, vió aparecer en el espesor de la piel que cubre la cara antero-externa del cuerpo maxilar inferior, un pequeño tubérculo indolente, sin enrojecimiento de la piel. Este núcleo engrosó poco á poco, siempre indolente, y se extendió en superficie.

La enferma tenía una barba bastante espesa, que se afeitaba cada quince dias. Un dia, afeitándose, se hirió el dicho tumor y salió de él un poco de sangre.

Despues de este tiempo, la afeccion se extendió con una rapidez relativamente considerable; y hé aquí en qué estado se presentó en la clínica de M. Guibout el 29 de Mayo de 1868:

La enferma, pequeña, delgada, ha perdido considerablemente sus fuerzas desde algunos meses ántes.

La cara está pálida, la piel tensa y luciente sobre los tumores que cubre.

Decúbito dorsal: apénas puede tenerse de pié.

Todo el rostro, el cuero cabelludo, la cara anterior y posterior del cuello, el pecho, la espalda, hasta la region lumbar, están cubiertas de *tumores* salientes de 4 á 8 milímetros por

encima de la piel que los rodea. Son duros, elásticos, uniformes y sin disminucion de consistencia en el centro. Su superficie es globulosa, hemisférica, un poco aplastada.

Ocupan la mayor parte del *espesor de la piel*, y no parecen estar cubiertos más que por una delgada capa del dérmis.

La piel tiene, á su nivel, su coloracion normal, pero está adelgazada, luciente, como barnizada, y surcada de finas varicosidades capilares.

Otros tumores, por el contrario, están visiblemente situados en el tejido celular subcutáneo, se deslizan bajo la piel, cuyo aspecto no ha cambiado.

El volúmen de estos tumores, varía entre el de un guisante y el de una nuez. Con frecuencia varios tumores se reunen por sus bordes para no formar más que un solo tumor, de superficie desigual y abollada, ó presentan el aspecto de una brida saliente queloidea, como se ve en la cara anterior del cuello.

La mama derecha está aprisionada por la capa inextensible de superficie aplastada, de que ya he hablado, y que tiene todo el aspecto de un escirro leñoso.

Se ven otros tumores alrededor del pezon izquierdo, y en el espesor del dérmis ó del tejido celular subcutáneo del abdómen y de los miembros inferiores y superiores: en estos últimos puntos están aislados.

Por último, se siente profundamente situado en la cara externa del tercio posterior del cúbito derecho, un tumor aplanado, duro, como cartilaginoso, inmóvil é indolente.

Estos diversos tumores no son asiento de ningun dolor espontáneo; pero son sensibles cuando se les comprime entre los dedos.

Además, son asiento de un *prurito* ordinariamente soportable, á veces incómodo, sobre todo cuando se aproxima mal tiempo. Este prurito es algunas veces tan intenso, que obliga á la enferma á rascarse; y, en efecto, en esta accion es necesario buscar la razon de algunas pequeñas costras amarillen-

tas que ella presenta en varios sitios, mezcladas con algunas raras pápulas de prurigo.

Es necesario añadir que el nacimiento de los tumores no ha sido precedido ni de dolores ni de prurito.

Hay que señalar otro punto, y es que la enferma se queja de dolores vagos, reumatoides, que ocupan todo el miembro inferior, lo mismo al nivel de las articulaciones que de las masas musculares.

Estos dolores, bastante mal definidos, parecían aumentar con el mal tiempo, segun se expresaba la enferma en sus variables é inciertas respuestas.

En estos dolores, cuyo principio se remonta, lo ménos á veinte años, se ha fundado M. Bazin, á quien se presentó la enferma, para diagnosticar un *cáncer artrítico de la piel.*

Tal como son hoy los tumores, han sido siempre, nunca han presentado la menor tendencia á reblandecerse en su centro, ni ménos á ulcerarse.

La piel se ha puesto seca, despues que dichos tumores se han generalizado. El sudor se ha suprimido; además, la *barba* que tenía la enferma, así como sus *cabellos*, han caido á medida que se producía el desarrollo progresivo de los pseudoplasmas en el cuero cabelludo.

Desde su entrada el 29 de Mayo, la salud general de la enferma iba declinando rápidamente; el apetito se perdió casi por completo.

El 10 de Junio apareció una ligera infiltracion edematosa alrededor de ambos maleolos.

La respiracion estaba considerablemente oprimida hacía ya dos dias. Sin embargo, la percusion y la auscultacion no descubren nada: ni ruido de fuelle, ni estertores secos ó húmedos. Nada de derrame pleurítico.

Se presentaron algunos dolores lancinantes en ambas piernas, que se repetían varias veces por dia.

11 *de Junio.*—Codo izquierdo ligeramente edematoso. El mismo estado general.

12 *de Junio.*—El edema del codo izquierdo se extiende hácia la mano, y el edema de los maleolos llega hasta las rodillas. Respiracion penosa, frecuente y ruidosa.

13 *de Junio.*—Cara ligeramente abotagada en los puntos no invadidos por el tejido morboso. La debilidad va creciendo, la postracion aumenta. Hay ya insomnio casi completo.

17 *de Junio.*—La debilidad es extrema; movimiento febril intenso (comenzó el 16 por la tarde); piel caliente, ardiente, pero seca; 90 á 95 pulsaciones. La enferma no come nada. No hay diarrea; evacuaciones raras y normales.

18 *de Junio.*—Muerte á las cinco de la mañana.

Autopsia.—La autopsia, hecha veintiseis horas despues de la muerte, ha dado los resultados siguientes:

Todos los tumores de que ya se ha hablado, tanto dérmicos como subdérmicos, no traspasaban la capa subcutánea. Al nivel de las dos mamas, del pecho y del dorso, la piel, disecada, dejaba ver perfectamente intactos los músculos pectorales.

Al nivel del esternon se encuentra un pequeño tumor aplastado contenido en el espesor del periostio, que cubre la cara anterior de la base del hueso esternal.

Otra placa dura, como fibro-cartilaginosa, está desarrollada en el espesor del periostio, que cubre la cara externa del tercio posterior del cúbito derecho.

En fin, encontramos gran cantidad de estos mismos tumores aplastados en el espesor del cuero cabelludo, y, despues de haber separado este último, en el periostio de la bóveda craniana.

Separando este periostio, fuertemente adherido al nivel de las suturas, se encuentran los huesos en el estado normal, con su coloracion y su consistencia normales; sin embargo, su superficie externa parecía estar un poco gastada al nivel de las placas periósticas.

Al abrir la cavidad craniana, se ve que la masa cerebral ha perdido su consistencia; está reblandecida, difluente; además no presenta punteado ni inyeccion. Ausencia de derra-

me seroso en la cavidad aracnoidea y en los ventrículos.

Por el contrario, atrae mucho la atencion la dura madre que cubre la bóveda craniana. Se presentan en este punto, comprimidas en su espesor, una decena de placas de volúmen variable, aisladas unas de otras, anchas de uno á dos centímetros, y gruesas de dos á cuatro milímetros. Estas han gastado, á su nivel, la lámina interna de la bóveda craniana, que reproduce por esta causa el sello de sus dimensiones.

Dos placas semejantes ocupan el espesor de la dura-madre que tapiza la fosa occipital izquierda, y otra se ve en la fosa occipital derecha, junto á los bordes del agujero occipital.

El exámen de la cavidad torácica no nos ofrece nada de particular: las dos pleuras están sanas, lisas y transparentes. No se ven placas pseudo-plásticas, ni derrame pleurítico.

Algunas adherencias fibro-celulosas se encuentran á la izquierda, huellas de una pleuresía antigua.

Los pulmones están sanos, aunque crepitantes.

Los gánglios bronquiales no están hipertrofiados.

El corazon está flácido, engrosado, amarillento y grasoso.

El estómago, los intestinos y los riñones, etc., están perfectamente sanos, así como los gánglios mesentéricos y el peritoneo.

Pero el cuerpo del útero se presenta diforme, y, al incindirlo, se descubren en él dos *fibromas musculares*, fácilmente enucleables, de los cuales uno tenía el volúmen de un huevo de paloma y el otro el de una nuez. En el espesor de la pared del útero se había desarrollado otro tumor fibroso.

El exámen microscópico, necesario para la determinacion de todas estas producciones, fué hecho con cuidado y dió para todos estos tumores, cualquiera que fuese su asiento, un resultado idéntico.

1.° Hipertrofia *enorme de tejido conjuntivo*, denso, apretado;

2.° Gran abundancia de *fibras elásticas* entrecruzadas en todos sentidos;

3.° Elementos celulares ó *cistoblastemas*;

4.° *Granulaciones* en pequeña cantidad. De este exámen histológico se deduce que todos estos tumores están constituidos por tejido fibroso, y que son, por consiguiente, *fibromas*.

Despues de esta historia tan precisa y tan completa de la enferma y de la enfermedad, *ante* y *post mortem*, ocupémonos del diagnóstico:

¿Qué clase de enfermedad es la que nos ocupa?

Para M. Bazin es un cáncer, último grado de malignidad, expresion última y la más grave de la artrítis.

Para M. Hardy es una diátesis de tumores fibro-plásticos próximos al cáncer.

M. Lailler participa de esta opinion.

M. Hillairet se declara abiertamente por un cáncer de la piel.

En presencia de opiniones tan valiosas, por la ciencia de sus autores, deberíamos decir inmediatamente: *Sí*, es un cáncer.— Ahora bien; á pesar de las autoridades precitadas, nos atrevemos á sostener que no es esa nuestra opinion. No, nosotros no creemos que todos esos tumores sean cánceres, y nos fundamos en las razones siguientes:

1.° La evolucion del cáncer, ¿se verifica de una manera tan lenta? No olvidemos que la aparicion de los primeros tumores en la mama derecha, se remonta al año 1840, es decir, á veintiocho años. ¿Cuál es, pues, el cáncer que, una vez generalizado, marcha con semejante lentitud?

2.° Si tratamos de cáncer, no será evidentemente en la forma dicha encefaloide, no podría ser más que en la forma escirrosa; pero, ¿los núcleos ó tubérculos escirrosos no son más ó ménos angulosos é irregulares en sus contornos? Estos tubérculos, especialmente cuando son antiguos, ¿no se adhieren íntimamente á la piel, la cual adelgazan, enrojecen y la ulceran, ulcerándose ellos mismos y dando lugar á una supuracion icorosa, saniosa y fétida? Los núcleos escirrosos, al cabo de cierto tiempo, ¿no se adhieren tambien al tejido celular subcutáneo que, en un radio bastante extenso, se hacen asiento

de una verdadera congestion inflamatoria, acusada por la tumefaccion, rubicundez y dolor? Estos mismos núcleos escirrosos ¿no son asiento de dolores agudos, lancinantes, característicos?—Ni uno solo de estos carctéres propios del cáncer ha sido presentado por este número inmenso de tumores, cuya representacion exacta y fiel teneis á la vista. Ninguno de estos ha dado lugar á dolores; ved cómo son perfectamente lisos, ninguno ha alterado el color de la piel, ni ha producido la más ligera huella de inflamacion en el tejido celular ambiente y subyacente; ninguno, en fin, ni áun los más antiguos ofrecen el menor vestigio de ulceracion ó de supuracion.

3.° Cuando un cáncer se generaliza, invade tejidos de constitucion anatómica diferente; se le encuentra á la vez en las serosas, en las vísceras, en los gánglios linfáticos y en los huesos. Despues de la ablacion de una mama escirrosa, ¿no se vuelven escirrosos á su vez, en muchas ocasiones, el hígado, el estómago y los riñones? Un hombre ha fallecido últimamente, en nuestra sala de San Cárlos, de un cáncer del estómago; se quejaba de dolores lumbares en sus últimos dias; en la autopsia hemos encontrado el cáncer no sólo en el estómago, sino tambien en el cuerpo de varias vértebras dorso-lumbares.

En la enferma que nos ocupa, por el contrario, la autopsia, cuidadosamente hecha, nos demostró que todos, absolutamente todos los tumores existían exclusivamente en un solo y único tejido, el tejido fibroso. Cuerpo fibroso de la piel, aponeurósis pericraniana, dura-madre, hé aquí su asiento exclusivo; las serosas, las vísceras, los huesos y los músculos, están perfectamente indemnes. Luego no es así como el cáncer se generaliza.

Así, pues, la extraña enfermedad cuyo estudio os someto, se separa, se diferencia del cáncer bajo todos respectos y creo que *clínicamente* os he demostrado que no es un cáncer.

Histológicamente, tampoco lo es, puesto que el exámen micrográfico, hecho varias veces durante la vida y despues de

la muerte, no ha descubierto ningun elemento constitutivo del cáncer.

¿Cuál es, pues, el tejido de que están compuestos todos estos innumerables tumores? El microscopio nos lo dice, es el tejido fibroso; ¿y cuál es esta enfermedad rara, sino *una diátesis especial, bajo cuya influencia el tejido fibroso de la economía ha producido nudosidades, tumores, escrecencias de la misma naturaleza que él, fibrosos como él, y del cual son una emanacion y como una parte integrante? Nosotros la denominaremos* DIÁTESIS FIBRÓMICA, *es decir, diátesis constituida por la produccion de tumores fibrosos ó fibromas generalizados allí donde existe el tejido fibroso.*

Como un nuevo aserto para nuestra demostracion, y como un testimonio más en favor y en apoyo de la opinion que sostenemos, recordemos aquí que, en la autopsia, hemos encontrado desarrollados, en el centro del tejido uterino, dos cuerpos incontestablemente fibrosos, perfectamente enucleables, y cuya presencia indica que el tejido fibroso uterino no había quedado fuera de la diátesis, y que él tambien había producido fibromas. Tenemos, pues, aquí una verdadera DIÁTESIS FIBRÓMICA, verdaderos fibromas generalizados. Esta enfermedad, esta diátesis no ha sido aún descrita. Virchow, en el capítulo *fibromas* de su *Tratado de tumores*, no cita ningun caso semejante al que acabo de referirlos.

Sin embargo, en el primer volúmen de sus *Archivos*, publicado en 1847, refiere, aunque sin detalles, un caso análogo al nuestro. «Yo he encontrado, dice, esparcidos en casi todo el cuerpo de un jóven, gran cantidad de tumores del grosor de una cabeza de alfiler hasta el de un huevo de paloma, que ofrecían la sensacion de inextensibilidad peculiares á los lipomas, y sobre los cuales la piel estaba muy adelgazada, y en algunos puntos ligeramente rojiza. El exámen microscópico nos ha demostrado que eran fibrosidades (fibromas) de un tejido laxo, que tomaban su orígen en las capas profundas del dérmis, y que era posible enuclearlos como los fibroi-

des del útero. El enfermo nos contaba que su abuelo, su padre y sus hermanos tuvieron tumores semejantes á los que el presentaba.» (*Archivos de Virchow*, t. I. 1847.)

Asi, pues, Virchow ha observado un hecho patológico análogo al que acabo de describiros, y ha formulado sobre él el mismo diagnóstico que nosotros. Esta es una razon más para perseverarnos en nuestro diagnóstico, y para concluir con más seguridad aún que en la mujer que acabo de citaros, había, no un cáncer de la piel, sino FIBROMAS GENERALIZADOS. La generalizacion de esos *fibromas*, su volúmen considerable, su cantidad innumerable, constituyen para esos tumores una especie de *malignidad*, no una malignidad *intrínseca* resultante de su naturaleza misma, no; sino una malignidad *extrínseca*, *secundaria*, y que se deduce de los trastornos funcionales de todas clases, que producen esos tumores por su multiplicidad, por su grosor, por las compresiones que ejercen, por la dificultad que producen en la circulacion arterial, venosa, linfática, etc., etc.

En consideracion de esta malignidad, y para hacer mi diagnóstico más exacto y más completo, podría designar el caso actual con el nombre de *fibromas simples generalizados*. Virchow, que no dice sino muy poco de los *fibromas simples*, no habla apénas de los *fibromas malignos*. Sin embargo, él comprueba la existencia de los mismos, y concluye, por lo que á ellos concierne, *que el pequeño número de observaciones conocidas, no permite todavía hacer de ellos una descripcion más precisa.*

Pero se me podrá objetar que esto sólo es cuestion de palabras, que los fibromas malignos son verdaderos cánceres, y que los enfermos de ellos atacados, mueren del mismo modo que los que padecen un cáncer. — Á esto responderé, que no porque los tumores tengan por consecuencia la muerte, han de ser necesariamente tumores cancerosos. Las diferentes formas de cáncer tienen caractéres especiales; tienen una evolucion especial; entrañan complicaciones y accidentes especia-

les; tienen un modo de generalizacion análoga al modo de generalizacion de los tubérculos, penetran en todos los tejidos y en todos los órganos; matan á los enfermos por su malignidad propia, por la violencia de los dolores, por la extension y la profundidad de las ulceraciones que producen, por la importancia de los órganos que ellos afectan y desnaturalizan, y, en fin, por un verdadero envenenamiento general que resulta de la impregnacion de toda la constitucion, por sus jugos ó principios deletéreos.

Los fibromas, por el contrario, tienen una evolucion infinitamente más lenta; son por sí mismos indolentes; no se desarrollan sino en el tejido fibroso; cuando se generalizan producen su multiplicacion sólo en el tejido fibroso, porque sólo en él pueden encontrar sus principios nutritivos y constitutivos; no tienen malignidad propia; no determinan ni ulceraciones ni supuraciones, y si terminan por sacrificar al enfermo, no es sino al cabo de un tiempo muy largo, por trastornos funcionales de larga fecha y por la alteracion progresiva de la constitucion, agotada por haber tenido que subvenir á la formacion y al desarrollo de productos tan abundantes, tan voluminosos y en número tan considerable.

Así, pues, *clínica* é *histológicamente*, las palabras *cáncer* y *fibroma* representan dos entidades morbosas, dos principios diferentes, esencialmente distintos por su asiento anatómico, por sus manifestaciones, por su marcha, por los accidentes que producen, distintos tambien por sus elementos constitutivos, como lo demuestra el microscopio.

LECCION CUARENTA Y UNA.

Tratamiento de las enfermedades de la piel.—Tratamiento externo.

Señores:

La experiencia diaria nos enseña que el tratamiento de las dermatósis es poco conocido; guiado por un ciego empirismo, se reduce por lo comun á pomadas ó ungüentos, empleados indistintamente, sin discernimiento y sin razon alguna científica. Cuatro ó cinco sustancias, siempre las mismas: el azufre, el alcanfor, el yoduro potásico, el sublimado y el sub-carbonato sódico, constituyen la parte activa de pomadas ó soluciones prescritas como tópicos, y, en la inmensa mayoría de casos, resulta de esto una medicacion incendiaria y desastrosa, que eterniza el mal, agravándole. Estas consecuencias deplorables, que son notorias y que se repiten diariamente, no impiden el perseverar en los mismos errores; y con frecuencia somos llamados para ver eczemas agudos y fluentes, sumergidos en baños sulfurosos ó alcalinos, y frotados con alcanfor ó sublimados. Otras veces, el mercurio y el yoduro de potasio son usados *intus et extra*, y continuados con encarnizamiento durante meses enteros, para combatir las afecciones más simples, más inocentes y más indemnes de la sífilis, por poco que estas afecciones tengan la mala suerte de ocupar los contornos de los órganos genitales. No es solamente en las consultas del hospital donde comprobamos los efectos tan funestos de semejante tratamiento; la clientela civil nos ofrece ejemplos no mé-

nos frecuentes y no ménos desgraciados. Así es que cada año, por el otoño, vemos enfermos enviados sin razon á las aguas minerales, excitantes y fuertemente mineralizadas, tales como las de Bareges, de Uriage, de Bagnères-de-Luchon y de Loueche, volver de ellas con las exacerbaciones más dolorosas y más graves. La repeticion casi continua de hechos semejantes ó análogos, nos ha dado la idea de exponeros de una manera sencilla y práctica el tratamiento metódico y razonado de las enfermedades de la piel; la primera leccion será especial y exclusivamente consagrada al tratamiento local ó externo, y la segunda al tratamiento general ó interno.

Recordemos, ante todo, que un buen tratamiento supone un buen diagnóstico; si no queremos hacer una medicacion irracional, empírica y aventurada, comencemos por establecer muy claramente el diagnóstico de la enfermedad, no sólo bajo el punto de vista del género y de la especie á que pertenece, sino tambien con respecto á su naturaleza. Recordemos tambien que, entre las enfermedades de la piel, todas las que son *sintomáticas*, es decir, las que revelan trastornos internos pasajeros, accidentales ó durables, tales como las diátesis, y éstas son las más numerosas y las más importantes, exigen un doble tratamiento: un tratamiento local y un tratamiento general interno, alterante ó diatésico; hoy no hablaremos más que del tratamiento local.

1.° Dermatósis sintomáticas de trastornos gástricos.—Hay dos principales: la primera es el *eritema* en su forma papulosa; sucede á excesos, á alteraciones en el régimen, á la ingestion de sustancias alimenticias ó medicamentosas difíciles de digerir (eritema copaico). Tratamiento local absolutamente nulo; las pápulas eritematosas desaparecerán por sí mismas. La segunda es la *urticaria*, ya con su forma aguda (*urticaria febrilis*), ya con su forma crónica, tan larga, tan tenaz, tan desesperante por la vuelta periódica de las comezones insoportables y los atroces escozores que ocasiona (*urticaria evanida*). Ahora bien, en una y otra de estas dos formas, nada de

tratamiento local. Todos los baños emolientes, sulfurosos y alcalinos; todas las fricciones ácidas, oleaginosas y alcohólicas; todas las pomadas; todos los bálsamos que vemos habitualmente empleados en la *urticaria crónica*, no tienen otro resultado que el de aumentar la intensidad de sus manifestaciones, y, por consiguiente, los sufrimientos del enfermo.

2.° Dermatósis piréxicas, exantemáticas, véxico-pustulosas.—*Roseola*, *sarampion*, *escarlatina*, *varioloide*, *viruela*, *fiebre herpética*, *ectimatosa*, *miliar*. — Nada de tratamiento local, excepto en la viruela; cuidados higiénicos de limpieza y algunas aplicaciones grasientas destinadas á proteger las aberturas naturales. Nada de tratamiento local tampoco en la *erisipela simple*. Las cataplasmas, las pomadas, las grasas, el ungüento napolitano, los fomentos emolientes, las embrocaciones con el colodion ricinado elástico, nunca han disminuido mucho ni su intensidad ni su duracion, y no son otra cosa que una molestia más para el enfermo. Pero si la erisipela se hace *flegmonosa*, y sobre todo, *gangrenosa*, escarificaciones inmediatas, anchas, múltiples y profundas, al mismo tiempo, embrocaciones repetidas en las partes enfermas, con la solucion siguiente, cuya primera idea pertenece á Trousseau, y que nos ha dado muchas veces excelentes resultados.

Eter sulfúrico.....	a. a 100 gramos.
Alcanfor.....	

Si la erisipela amenaza invadir el cuero cabelludo, vexicatorio á la nuca; si es ambulante, y tiende á propagarse más, un vejigatorio alrededor de la línea que la separa de las partes sanas, á fin de fijar y detener su marcha serpiginosa; se podrá tambien, en este caso, hacer embrocaciones en todas las superficies erisipelatosas con la solucion alcanforada precedente.

3.° Dermatósis herpéticas húmedas. — *Eczema*, *impétigo*, *eczema liquenoide* (*liquen agrius*), *eczema impetiginoso*, *ec-*

tima, *pénfigo*.—Con respecto al tratamiento local, las herpétides húmedas, es decir, las que están caracterizadas por una secrecion sero-gomosa, serosa, purulenta ó sero-purulenta, cuya concrecion da lugar á costras, deben ser colocadas en una clase aparte y del todo distinta de la clase de las herpétides secas.

Eczema.—¿Qué es el eczema? Es una inflamacion aguda ó crónica de la piel, caracterizada á veces por la produccion de escamas, pero más á menudo por la secrecion de un líquido sero-gomoso que se produce, ya en las vexículas, ya en las superficies dérmicas ulceradas exhalantes y que se solidifica en forma de costras laminosas. Así, pues, el eczema es una inflamacion; por consiguiente, debe ser tratado por medios antiflogísticos, ó al ménos, emolientes. Es necesario evitar cuidadosamente todo lo que sea excitante; es preciso poner las partes enfermas al abrigo del aire y las vicisitudes de la temperatura, preservarlas de los frotamientos que ellas pueden ejercer unas con otras en los diversos movimientos, ó de las que pueden ser objeto por parte de los vestidos y de las piezas de las curas; es necesario aislarlas unas de otras y no cubrirlas de ninguna sustancia que sea ó que pueda volverse irritante. Todas las pomadas, pues, cualesquiera que sean, áun las más anodinas, son malas y deben ser prohibidas. En efecto, los cuerpos grasos que son de ellas base, bajo la influencia del tiempo, de la accion del aire, de la temperatura de las partes enfermas y de las mezclas con los líquidos exhalados, sufren más ó ménos rápidamente la fermentacion ácida; se enrancian, y por consiguiente se vuelven irritantes. Si las pomadas más suaves y más inocentes deben siempre ser rechazadas, tan sólo porque tienen por base la manteca, el aceite ó la glicerina, con mayor razon es necesario desterrar del tratamiento del eczema todos los tópicos, linimentos, ungüentos ó pomadas cuya composicion química es irritante por sí misma, como por ejemplo, todos los que contienen azufre, alcanfor, sublimado ó cualquier alcalino. Los baños sulfurosos, naturales ó artificiales, los ba-

ños salados, los baños de mar, los baños alcalinos, son igualmente malos, y constituyen, con las aplicaciones antedichas, esa medicacion insensata é incendiaria, de que ya hemos hablado, y cuyos desastrosos efectos hemos podido comprobar muchas veces.

En razon á que el eczema, en virtud de su naturaleza flegmásica, se agrava constantemente en la intensidad de sus manifestaciones, y es sostenido indefinidamente por todo lo que puede ser una causa inmediata ó lejana, directa ó indirecta de irritacion, es necesario combatirlo por medios puramente emolientes. ¿Pero qué hay más emoliente que las cataplasmas? ¿Y de qué cataplasmas hemos de servirnos? La harina de linaza debe abandonarse, á causa de la facilidad con que sufre la fermentacion ácida. Este hecho, que la transforma en un tópico irritante, basta para que debamos prohibir su uso. Daremos la preferencia á la fécula de patatas, que no presenta el mismo inconveniente. Es necesario poner el mayor cuidado en la confeccion de las cataplasmas de fécula; pues si como lo vemos hacer con frecuencia, sólo se diluye la fécula en el agua caliente, no se obtendrá sino una masa, que se desecará rápidamente, de superficie granujienta, desigual y rugosa, dura y quebradiza, que no será en manera alguna una cataplasma, y cuyos inconvenientes son fáciles de comprender. Es de todo punto indispensable que la fécula se someta á una ebullicion bastante prolongada para que todas sus moléculas sean disgregadas, penetradas por el agua, perfectamente cocidas y transformadas en una jalea transparente y homogénea. Así es como deben prepararse las cataplasmas. Se las aplica algo tíbias, á una temperatura que se aproxime á la de la piel, de la cual no deben estar separadas más que por una muselina muy fina ó una gasa especial y sin aspereza. Se las cambiará dos ó tres veces en las veinticuatro horas, teniendo cuidado, cada vez, de rociar con agua tibia emoliente las partes enfermas, que no deberán ser tocadas ni por esponja ni por lienzo para enjugarla, por temor de que el más ligero contacto las irrite,

y no desgarrar la película cicatricial en vías de formacion que existe en las superficies exhalantes.

Conocemos que estos detalles tan minuciosos y tan vulgares son poco interesantes; serán tan enojosos para leerlos como lo son para escucharlos, y sin embargo, no los creemos inútiles; es necesario tener el valor y la paciencia de decirlo todo, áun las cosas más pequeñas, más triviales, y, en apariencia, las más indiferentes, cuando una triste experiencia nos enseña que son ignoradas y que los enfermos son los que sufren las consecuencias de esta sensible y culpable ignorancia.

El uso de las cataplasmas deberá continuarse hasta la completa curacion, es decir, hasta la cesacion absoluta de la exudacion, hasta la perfecta cicatrizacion de las superficies exhalantes, hasta la extincion del calor y hasta la desaparicion del tinte barnizado, reluciente, rojizo y con reflejos metálicos, que presentan las partes enfermas, en algunos casos, largo tiempo despues de su entera desecacion.

M. Hardy y M. Colson, de Noyon, han tenido, casi al mismo tiempo, la ingeniosa idea de proponer, para reemplazar las cataplasmas, el empleo del caoutchouc vulcanizado; este modo de curar es excelente, muy práctico, fácil, ménos fastidioso y ménos desagradable que las cataplasmas; nosotros hemos recurrido á él con frecuencia, obteniendo muy buenos resultados, por lo que os lo recomendamos mucho. Hé aquí cómo se hacen las curas: se envuelven las partes enfermas en una tela de caoutchouc vulcanizado que se mantiene en contacto con ellas, directamente y sin ningun intermediario, por medio de vueltas de venda; el contacto debe ser inmediato, pero sin compresion alguna. Se renueva la curacion una ó dos veces en las veinticuatro horas, segun la mayor ó menor abundancia del líquido exhalado. La tela vulcanizada mojada se lava cuidadosamente y despues se la deja expuesta al aire libre, hasta que esté perfectamente seca. Durante este tiempo, es reemplazada aquélla por otra, aplicada inmediatamente despues de levantada la primera, á fin de no dejar las partes enfermas al

contacto del aire más que el tiempo necesario para lavarlas, segun el procedimiento indicado más arriba. ¿Que ocurre aquí? El caoutchouc, por su impermeabilidad, impide la transmision al exterior y la evaporacion del líquido sero-gomoso segregado por las superficies exhalantes, de la secrecion sudoral y de la perspiracion cutánea sensible é insensible. Resulta de esto que las partes enfermas están rodeadas constantemente de una atmósfera húmeda y como sumergidas en un baño permanente á temperatura fija é invariable; esta es seguramente la realizacion de las mejores condiciones antiflogísticas y emolientes. El caoutchouc vulcanizado puede ser aplicado en todas las regiones del cuerpo. En el caso de eczema muy extenso, generalizado y que ocupe todo el tronco, donde, en razon de su gran superficie, son imposibles de emplear las cataplasmas, es aquél de un uso extremadamente fácil y cómodo; se hacen de él verdaderos chalecos, verdaderas camisas y pantalones que se coloca el enfermo como un vestido. En los casos en que el eczema ocupa la cara, se hace de aquél una máscara con los agujeros correspondientes á las aberturas naturales, máscara que se aplica herméticamente sobre todos los contornos del rostro y que se mantiene muy sólidamente por medio de vendoletes ó de elásticos fijos en las regiones submaxilares, temporales y occipitales. Así, pues, el tratamiento local ó externo del eczema puede consistir indiferentemente en cataplasmas de fécula de patatas ó en caoutchouc vulcanizado. Estos dos medios pueden ser empleados solos, independientemente uno de otro, ó alternativamente, y su uso debe continuarse, como hemos dicho, hasta la extincion completa de la inflamacion que constituye el eczema, hasta la cesacion de toda secrecion húmeda y hasta que las partes enfermas hayan recuperado su aspecto normal y su estado fisiológico.

En todo el curso del tratamiento, siempre largo, están indicados los baños. Estos deben ser emolientes (de salvado, de agua de malvavisco ó almidonados tibios). Segun la estacion, la edad y la fuerza del enfermo, se le puede hacer tomar

uno todos los dias ó cada dos ó tres dias. Sólo en el caso en que el eczema es agudo y abundantemente fluente y la temperatura fria, puede desconfiarse de los baños, porque tienen el inconveniente posible de ir seguidos de enfriamientos, cuya consecuencia podría ser una brusca supresion de la secrecion eczematosa, produciendo una repercusion ó metástasis en los órganos internos. Este accidente, del cual hemos visto por desgracia ejemplos, es siempre de la mayor gravedad y deben tomarse las mayores precauciones para prevenirlo. Los baños que contienen azufre, sublimado, ó una sal alcalina, son irritantes y no deben nunca prescribirse; en el período de estado del eczema, aumentarían la intensidad de sus manifestaciones; en su período de declinacion, harían reaparecer la inflamacion incompletamente extinguida.

Si el eczema ocupa la parte inferior del tronco y los miembros abdominales y tiene una notable agudeza, es de todo punto indispensable prescribir el lecho y la inmovilidad, en una posicion horizontal; porque sin esta precaucion, encontrándose las partes enfermas en declive, serían sostenidas, por este solo hecho, en un estado de congestion pasiva, que aumentaría la inflamacion y que impediría todo trabajo de resolucion y de cicatrizacion. El movimiento y los frotamientos que resultan de la marcha y del contacto de los vestidos, producirían tambien funestas consecuencias; por no cubrirse esta doble é imperiosa indicacion de la posicion horizontal y de la inmovilizacion, es por lo que vemos tan frecuentemente al eczema de las piernas tener una duracion interminable y presentar caractéres de tanta gravedad: adelgazar, desnaturalizar la piel y producir ulceraciones á veces tan extensas y tan profundas, de una curacion siempre muy lenta y muy difícil y que recidivan con tan desesperante frecuencia.

Impétigo.—En el impétigo, en razon del gran espesor de las costras, es necesario dar la preferencia á las cataplasmas de fécula, que logran mejor y más pronto que el caoutchouc vulcanizado, humedecerlas y extinguir la inflamacion dérmica.

Las cataplasmas deben aplicarse segun las reglas que hemos establecido para el eczema, y generalmente producen la curacion en el espacio de uno á dos setenarios.

El *eczema liquenoide* (lichen agrius) y el *eczema impetiginoso* serán tratados tambien por las cataplasmas de fécula: es para ellos el tópico por excelencia; los baños emolientes locales y generales no deben ser abandonados. El mismo tratamiento se empleará para el *ectima*, cuando es circunscrito y no se presenta con los caractéres malignos de que hablaremos más adelante.

El *pénfigo* da lugar á indicaciones terapéuticas diferentes: las ampollas ó flictenas que lo constituyen, con frecuencia muy numerosas y de una dimension considerable, cuando se abren dejan escapar el líquido seroso que contienen; además dejan al descubierto todas las superficies dérmicas que cubrían; la serosidad que se escapa es para el enfermo una pérdida de su sustancia, y por consiguiente una causa de debilitacion; por otra parte, las superficies dérmicas, puestas al descubierto, son irritadas por el contacto del aire, por el contacto y las adherencias de los vestidos ó de las piezas de las curas; de aquí el aumento de su secrecion morbosa y de su inflamacion, y por consiguiente dolor, fiebre y agravacion de los síntomas generales. Es necesario, pues, para subvenir á estos accidentes esforzarse en conservar las ampollas é impedir su rotura, á fin de favorecer, todo lo posible, la absorcion del líquido que contienen y la cicatrizacion de las superficies ulceradas, para las cuales son un órgano protector. Así, pues, el polvo de almidon, empleado en gran cantidad á fin de que forme sobre todas las partes enfermas una capa espesa, secante y aisladora, es un medio excelente que recomendamos. Nuestro colega M. Hillairet se sirve, con el mismo objeto, de la cura por oclusion, hecha con algodon cardado, tal como la ha preconizado Alph. Guérin para las heridas consecutivas á ciertas operaciones quirúrgicas. Nosotros hemos empleado tambien este medio con resultados satisfactorios, y le creemos llamado á prestar grandes servicios.

4.° Dermatósis herpéticas secas. (*Psoriásis*, *pitiriásis*, *prurigo*, *líquen*, *ictiósis*.)—Psoriásis.—¿Qué es el psoriásis? Es una alteracion grave, profunda y de forma crónica, de la vitalidad de la piel, en virtud de la cual el dérmis se congestiona y se indura parcialmente, de manera que forma elevaciones, pápulas ó placas salientes, de dimensiones variables, cuyo contorno es de un color rojo-morenuzco y cuya superficie, de la misma coloracion, está cubierta de una secrecion epidérmica viciosa, bajo la forma de conchillas ó escamas gruesas secas, imbricadas, fuertemente adheridas y de un color blanco, plateado ó arcilloso.

Segun estos datos anatomo-patológicos, ¿cuáles son las indicaciones que hay que llenar en el tratamiento local del psoriásis? Son dos; es necesario: primero, hacer desaparecer esas escamas tan duras, tan anchas, tan adherentes unas á otras y tan adherentes al mismo tiempo á las partes tegumentarias subyacentes; segundo, es necesario impedir que reaparezcan, destruirlas á medida que se reproducen; y como quiera que son el resultado de la secrecion morbosa que se produce en la superficie de las placas ó elevaciones que forma el dérmis enfermo, engrosado é indurado, es necesario obrar sobre esas placas mismas, destruirlas á su vez, nivelarlas, borrar su coloracion, al mismo tiempo que su relieve, modificar la inervacion y la vitalidad alteradas de todas las partes del dérmis que las constituían y volverlas así á su estado fisiológico y á la secrecion de un epidérmis normal. Este doble resultado se obtendrá por las fricciones y por el uso de linimentos y de baños dotados de propiedades alterantes. De todos estos linimentos, el mejor es el aceite de enebro; este aceite se obtiene por la destilacion del alquitran vegetal que suministran las esencias resinosas de la gran familia de las coníferas, y en particular del *juniperus sabina* ó enebro, que es el único que da el aceite de enebro verdadero y realmente eficaz. Para que su accion sea útil, es necesario que el aceite esté bien preparado y que sea de superior calidad. Se le emplea puro si la piel puede sopor-

tarlo; pero si la piel es muy sensible y se pone á su contacto, dolorosa, turgescente y tensa y es asiento de una erupcion papulosa especial, llamada *erupcion enébrica*, se suspenderá temporalmente el aceite de enebro y repararemos sus efectos irritantes por cataplasmas y baños emolientes; este es uno de los inconvenientes, bastante comun, por desgracia, de este tratamiento. Se puede prevenir este inconveniente no empleando el aceite de enebro puro, mitigándole, ya con el aceite de almendras dulces, ya con el glicerolado de almidon. Hé aquí cómo se procede al uso del aceite de enebro, sea puro ó mezclado en proporciones variables al glicerolado de almidon: se extiende de él una capa, dos veces por dia, no sólo sobre todas las partes enfermas, sino sobre toda la superficie del cuerpo. Para facilitar su absorcion, para desprender mejor las escamas y para obrar más enérgicamente sobre las placas psoriásicas, á esta embrocacion se une una friccion hecha ya con la mano, ya con el lienzo que sirve para embrocar. Se prescribe tambien todos los dias un baño que tenga en disolucion de 5 á 800 gramos de sub-carbonato de sosa. Si las superficies psoriásicas son muy gruesas y muy duras, se puede recurrir, para modificarlas mejor, á los baños y duchas de vapor, que alternarán con los baños alcalinos. Así, pues, fricciones generales con el aceite de enebro puro ó debilitado, baños alcalinos y baños de vapor, es el tratamiento externo del psoriásis. Debe ser continuado durante un tiempo siempre muy largo, durante dos, tres, cuatro meses y á veces más. No debe cesar sino despues del nivelamiento completo de las superficies psoriásicas y despues de la desaparicion del color rojo-morenuzco que dejan en pos de sí y que es siempre muy persistente. Bajo la influencia de este tratamiento se ven desaparecer las escamas primero, despues deprimirse progresivamente las elevaciones, y por último, borrarse la coloracion.

El aceite de enebro es tambien el mejor tópico para combatir la *pitiriásis crónica*, la *pitiriásis alba*, que suministra las escamas ó películas furfuráceas tan abundantes y tan desagra-

dables en el cuero cabelludo, y á veces tambien en las cejas, en la cara y en las partes superiores del tronco; fricciones suaves con el aceite de enebro puro ó mitigado y locioñes alcalinas, alternando con estas fricciones, triunfarán de ella prontamente.

En el *prurigo*, que ha recibido las denominaciones de *prurigo ferox* y de *prurigo formicans*, en razon de las horribles comezones que ocasiona, las embrocaciones y las fricciones con el aceite de enebro, alternadas con baños fuertemente alcalinos, producirán un pronto alivio: os recomendamos especialmente esta medicacion, que nos ha dado con frecuencia los mejores resultados. En esta forma particular de *prurigo* que ocupa las partes genitales del hombre, y sobre todo de la mujer (*prurigo escrotal, anal, vulvar*), que más bien que prurigo es una *hiperestesia* de la piel y de la mucosa, es en donde los modificadores, los excitantes y los irritantes locales producen mejores resultados: aceite de enebro, tintura de yodo y sublimado. Nosotros empleamos con ventaja la solucion siguiente:

Agua.....	120 gramos.
Sublimado.....	1 gramo.

Se pone una cucharada de café de esta disolucion en la cuarta parte de un vaso de agua fria, y se hacen tres ó cuatro veces por dia lociones prolongadas, que no deben enjugarse, y se espolvorean las partes húmedas con polvo de almidon. Ciertas aplicaciones hidroterápicas, tales como las duchas de agua fria en forma de chorro ó de regadera, dirigidas con fuerza sobre las regiones enfermas, dan tambien buenos resultados.

El *líquen agudo* deberá combatirse por cataplasmas y baños emolientes. Las aplicaciones emolientes y las duchas de vapor alternadas con los alterantes, tales como el aceite de enebro puro, ó los cateréticos ó la tintura de yodo cáustica, son empleados con éxito contra el engrosamiento y la induracion

de la piel que produce el *líquen crónico*; estos medios reblandecerán, humedecerán, gastarán y destruirán, capa por capa, la piel córnea que se había vuelto callosa, rígida y paquidérmica, y la volverán progresivamente á su estado fisiológico.

En la *ictiósis*, nuestro colega M. Lailler emplea con éxito las fricciones de glicerolado de almidon, alternadas con los baños de vapor y los baños alcalinos. Esta medicacion sencillísima destruye rápidamente los caractéres ictiósicos de la piel para volverle su flexibilidad, su finura y su humedad naturales, pero todo esto hasta la reaparicion más ó ménos tardía de los mismos fenómenos morbosos.

5.° Dermatósis sifilíticas.—Las manifestaciones cutáneas *secundarias precoces* de la sífilis, tales como la *roseola*, las *sifílides papulosas*, *pápulo-escamosas*, *tuberculosas*, *tubérculo-escamosas y vexiculosas*, no exigen tratamiento alguno local; lo mismo sucede con las manifestaciones *tardías* no ulcerosas, tales como la *roseola circinada*, las *sifílides en grupo*, las *sifílides pápulo-tuberculosas circinadas* y las *sifílides pigmentarias*. En cuanto á los *tubérculos mucosos*, *accidentes secundarios*, *á la vez precoces y tardíos*, si se les abandona á sí mismos, tomarán proporciones considerables; se ensancharán, se harán confluentes, y se unirán unos á otros para formar *placas mucosas*, las cuales, á su vez, se extenderán cada vez más en superficie, y formarán eminencias cada vez más considerables, con ó sin ulceracion, con ó sin exudacion, constituyendo *placas mucosas vegetantes;* en otros términos: *vegetaciones sifilíticas*. Es necesario, pues, tratar el tubérculo mucoso localmente desde que aparece; una, dos ó tres cauterizaciones sucesivas con el nitrato de plata, bastarán habitualmente para destruirlos. Pero es necesario tener en cuenta que tienen una gran tendencia á reproducirse; es necesario advertir á los enfermos sus reapariciones probables; no debe nunca olvidarse que los tubérculos mucosos se inoculan ellos mismos en la piel con que están en contacto; por consiguiente, las partes que están cargadas de ellos, deben ser aisladas de las partes

con que están ordinariamente en contacto. Esta multiplicacion de los tubérculos mucosos por su propia inoculacion, es una razon más para destruirlos por las cauterizaciones, tan pronto como aparecen.

Las manifestaciones sifilíticas cutáneas *terciarias*, cuyo carácter es la ulceracion, no necesitan siempre de tratamiento local. Si las ulceraciones están cubiertas de costras, como en el *ectima* y la *rupia* sifilíticas, y en la sifílide *pustulo-crustácea*, es necesario guardarse de tocar á las costras; se debe, por el contrario, conservarlas con el mayor cuidado y ponerlas al abrigo de todo ataque, porque ellas son, para las ulceraciones subyacentes un órgano protector. Cuando bajo la influencia de un tratamiento interno conveniente las ulceraciones se han cicatrizado, entónces las costras se desprenden por sí mismas y dejan ver una cicatriz perfecta; si, por el contrario, las ulceraciones están al descubierto, deberán ser objeto de un tratamiento especial: 1.°, impedir que estén en una posicion declive; así es, que cuando ocupan las partes inferiores del tronco, alrededor de los órganos genitales, y sobre todo los miembros inferiores, debe exigirse que el enfermo permanezca en el lecho en posicion horizontal; 2.°, preservarlas de todo contacto irritante, de todo frotamiento, de toda adherencia con los vestidos ó con las piezas de las curas; 3.°, cubrirlas de cataplasmas de fécula de patatas, si los tejidos ambientes están inflamados y si son asiento de un trabajo reparador normal; si, por el contrario, tienen mal aspecto y su fondo permanece grisáceo, será necesario recurrir á los tópicos alterantes, excitantes y frecuentemente cáusticos; así, pues, se empleará el vino aromático, la disolucion de cloruro de cal, el agua fenicada, el ungüento estoraque, el yodoformo, la tintura de yodo y el nitrato de plata.

6.° Dermatósis escrofulosas.—Tres lesiones ó alteraciones anatómicas principales reasumen los caractéres de las *escrofúlides*: 1.°, la hipertrofia de los tejidos; 2.°, los tubérculos; 3.°, las ulceraciones. Cuando la primera de estas alteraciones

existe sola, como en el engrosamiento de los labios y de las alas de la nariz, que más bien que lesion es una deformidad, el tratamiento local debe ser nulo. Pero si á la hipertrofia está unida la coloracion roja, violácea especial á la escrófula, que caracteriza el eritema escrofuloso, con ó sin escamas, están indicadas las cataplasmas de fécula de patatas; nosotros las hemos visto, en estos casos, producir buenos resultados. En casos de mal éxito producen á veces una ventajosa modificacion, las embrocaciones con el aceite de enebro y la tintura de yodo. Si la accion de estos alterantes es nula ó insuficiente, es necesario apresurarse á usar tópicos que tengan un poder modificador más considerable; como la pomada siguiente:

Manteca fresca.....	15 gramos.
Biyoduro de mercurio.....	5, 10 ó 15 »

Extendiendo una capa de esta pomada sobre las partes enfermas, determina en ellas una violenta inflamacion que se caracteriza por un verdadero impétigo. Esta inflamacion intensa, aguda y artificial, sobre todo cuando se renueva varias veces por nuevas aplicaciones de la misma pomada, hechas despues de la caida de las costras impetiginosas, produce ordinariamente una modificacion profunda en la vitalidad de los tejidos cutáneos y sub-cutáneos, y esta modificacion se traduce con frecuencia por la desaparicion de la hipertrofia y de la coloracion morbosas; nosotros hemos tenido varias veces la ocasion de comprobarlo. Nosotros hemos visto tambien muchas veces la misma pomada aplicada sobre los tubérculos estrumosos que, abandonados á sí mismos, eran asiento y punto de partida de la ulceracion, acabar por destruir progresivamente estos tubérculos, nivelarlos y borrar toda huella de ellos. En el caso en que la induracion tuberculosa es bastante profunda y bastante considerable para resistir á la accion de esta pomada, nosotros recurrimos al cáustico de Viena ó al cáustico sulfo-azafranado. Cuando se esté en presencia de la ulceracion estrumosa, realizada, y constituyendo por las destrucciones de

tejidos más ó ménos extensas, ó más ó ménos profundas, lo que ántes se llamaba el *lupus vorax*, en superficie ó en profundidad, es necesario saber que esta ulceracion, que bien se puede llamar *maligna*, tiene una tendencia fatal á hacerse cada vez más profunda, ó cada vez más extensa. Es necesario, pues, destruir esta naturaleza esencialmente maligna y esforzarse en cambiar las condiciones de vitalidad de las superficies ulceradas. Las aplicaciones reiteradas de la misma pomada de biyoduro de mercurio, ó de algunos cateréticos, podrán, en la mayor parte de los casos producir este resultado, y por consiguiente preparar el camino á un trabajo reparador cicatricial.

Cuando las ulceraciones escrofulosas están cubiertas de costras, como en la escrofúlide *pustulo-crustácea* ó en el *impétigo rodens*, creemos que lo mejor es cuidar esas costras protectoras y no hacer ningun tratamiento local, á ménos de que, á pesar del tratamiento general, la ulceracion haga progresos incesantes. En este caso será preciso no titubear en desprender las costras y en atacar directamente la ulceracion misma por tópicos alterantes ó cáusticos.

7.° Dermatósis parasitarias.—Toda enfermedad de la piel *parasitaria*, es decir, dependiente de la existencia intra-dérmica ó sub-epidérmica de un parásito animal ó vegetal, da lugar á tres indicaciones diferentes: 1.°, si existen complicaciones inflamatorias que contraindiquen el tratamiento parasiticida, comenzad por tratar estas complicaciones segun los datos terapéuticos que hemos expuesto; 2.°, aplicar el tratamiento parasiticida; 3.°, tratar los accidentes inflamatorios que pueden ser consecuencia de este tratamiento. Esto es lo que ha sido perfectamente establecido por nuestro amigo el Dr. Piogey en una notable Memoria que, en 1850, ha recibido los honores del premio Montyon, y por nuestros sabios maestros y colegas MM. Bazin y Hardy, cuyos bellos trabajos sobre este particular son bastante conocidos para que nosotros tengamos necesidad de hablar más sobre él.

8.° Dermatósis estacionarias.—Cuando están limitadas á

una region poco extensa, están indicadas las aplicaciones emolientes. En el zona obtenemos los mejores resultados del tratamiento siguiente, sobre el cual os llamamos la atencion. Hacemos embrocaciones sobre las partes enfermas varios dias seguidos, con el colodion ricinado elástico, teniendo cuidado de extender sucesivamente las nuevas capas sobre las anteriores. Este tópico nos da una triple ventaja: 1.°, por su composicion química, es un anestésico local; 2.°, solidificándose, ejerce una compresion uniforme en las partes enfermas; 3.°, las cubre de un fieltro grueso é impermeable, que las pone al abrigo del contacto del aire y de todas sus funestas consecuencias. Siempre que hemos empleado este tópico, no hemos observado, sino rara vez, la existencia de esos dolores neurálgicos tan intensos y tan tenaces que acompañan y siguen al zona. Esta inmunidad se explica perfectamente por el triple modo de obrar del colodion ricinado elástico.

Terminamos esta leccion, á la vez muy larga y muy corta: no pudiendo decirlo todo, hemos debido limitarnos á un bosquejo rápido y necesariamente incompleto, de los principales datos del tratamiento externo de las diferentes dermatósis; en nuestra próxima leccion nos ocuparemos del tratamiento interno.

LECCION CUARENTA Y DOS.

Tratamiento de las enfermedades de la piel.—Tratamiento interno.

Señores:

Hemos dicho, en nuestra última leccion, que el *tratamiento externo* de las afecciones de la piel es con frecuencia mal comprendido, irracional, contrario á las indicacionos y sometido á todas las excentricidades del más ciego empirismo. Lo mismo acontece, por desgracia, con el TRATAMIENTO INTERNO; le vemos diariamente conducido sin órden ni medida, y abandonado á todos los tanteos, á todo lo vago y á todos los errores de la ausencia más completa de un buen método. Ya esto acontece con las dermatósis *herpéticas*, *escrofulosas* ó *sifilíticas*, cuyo carácter diatésico ha sido desconocido, y contra las cuales se empeñan, durante largos meses, cuando no es durante largos años, en no emplear ningun tratamiento interno, limitándose á todas las pomadas, á todos los ungüentos, á todos los tópicos más ineficaces, y con frecuencia los más perjudiciales. Ya, por el contrario, los medicamentos más enérgicamente alterantes, el mercurio, el yodo, el arsénico, el yoduro de potasio y los alcalinos, se emplean para combatir las afecciones cutáneas más locales y las ménos constitucionales. Hemos visto hace poco una señora atacada de un prurito vulvar procedente de una simple hiperestesia local, y que, por este hecho tan inocente, estaba condenada, desde hacía dos ó

cuatro meses atras, á tomarse todos los dias dos ó tres gramos de yoduro de potasio.

¿Qué diré tambien de las dósis medicamentosas? El yoduro potásico es administrado á veces hasta á 4, 5 y 6 gramos diarios; de aquí los corizas, las faringítis, los dolores gástricos, los vómitos, las diarreas, las conjuntivítis, las erupciones eritematosas en la piel... El mercurio, manejado con la misma facilidad y la misma largueza, bajo pretexto de una curacion más pronta, no tarda en producir la salivacion, con el festoneamiento de la lengua, la ulceracion de las encías, la descarnacion y el movimiento de los dientes; además, ¡qué temores, qué aprensiones no excita en el público! ¡Y qué trabajo no nos cuesta á veces el hacérselo tomar á los enfermos!

Con mucha frecuencia, pues, comprobamos que el tratamiento interno de las enfermedades de la piel no es mejor conocido ni mejor comprendido que el tratamiento externo; unas veces, nada de medicacion alterante allí donde es más indispensable; y cuando una medicacion alterante está prescrita, es fácil de ver que la naturaleza, la eleccion, la oportunidad y las dósis de los medicamentos están determinadas, ménos por las indicaciones precisas de una clínica esclarecida, que por las sugestiones casuales y los caprichos de la inexperiencia. Vamos á ensayar en esta leccion, sencillísima y práctica, el hacer, para el tratamiento *interno* de las dermatósis, lo que hemos hecho en nuestra precedente leccion para el tratamiento *externo*; desenmarañar ese caos y hacer un poco de órden en ese desórden, un poco de luz en esas tinieblas.

Pero ántes de abordar sucesivamente cada una de las categorías de enfermedades de la piel, para indicar el tratamiento interno que conviene á cada una de ellas en sus diferentes períodos, nos ha parecido conveniente comenzar por establecer algunos principios generales, esencialmente prácticos y clínicos, sobre las condiciones que debe llenar todo tratamiento alterante ó diatésico, cualquiera que sea, para ser verdadero. Estas condiciones pueden ser consideradas bajo cinco pun-

tos de vista diferentes: 1.°, *la salud del enfermo;* 2.°, *la existencia simultánea de varias diátesis;* 3.°, *la eleccion y las dósis de los medicamentos alterantes;* 4.°, *la higiene del enfermo;* 5.°, *la duracion del tratamiento.*

1.° DE LA SALUD DEL ENFERMO CON RELACION Á UN TRATAMIENTO ALTERANTE.—Cuando ha sido reconocido el carácter diatésico de una afeccion cutánea cualquiera, es necesario no creer que no hay que hacer otra cosa que combatir inmediatamente y lo más pronto posible esta diátesis por el tratamiento alterante que le conviene. Sin duda alguna, esta es la vía en que hay que entrar; pero ántes de penetrar en ella es necesario saber si es practicable: es cierto que hay que considerar *la enfermedad*, pero es necesario tambien considerar al *enfermo*. Las cuestiones terapéuticas más graves son depuestas por esta consideracion clínica del enfermo, que no debe nunca olvidarse. No es todo, en efecto, el justificar la indicacion de un tratamiento; es preciso ver tambien sus contra-indicaciones. Un tratamiento alterante, para ser bien soportado y para producir los efectos que se tiene derecho de esperar de él, supone necesariamente ciertas condiciones de salud; y si estas condiciones no existen, ese mismo tratamiento que debía curar, agravará los accidentes locales y generales y precipitará la catástrofe. Luégo la condicion indispensable del éxito de todo tratamiento alterante, es que, á parte de la diátesis que tiene que combatir, la salud general sea buena.

Así, pues, es preciso: 1.°, que el tubo gastro-intestinal esté en su estado más fisiológico; que no haya ni estado saburral de las primeras vías, ni embarazo gástrico, ni diarrea; porque en estos casos los medicamentos alterantes, cualesquiera que sean, el hierro, el arsénico, el yodo, el mercurio, los alcalinos, el aceite de hígado de bacalao, no harían más que aumentar los desórdenes; en lugar de ser digeridos, absorbidos y asimilados por el estómago y el intestino, serían para estos órganos, ya enfermos, nuevas causas de irritacion, de trastorno y de malestar, cuyo resultado no tardaría en ser serio para la

salud general. Antes de prescribir un tratamiento alterante cualquiera, no debe nunca olvidarse de interrogar las funciones digestivas, de ver el estado de la lengua, del estómago y de los intestinos; si hay en ellos algun desórden, hacerle cesar por un régimen dietético prudentemente conducido, por uno ó varios vomitivos, uno ó varios purgantes, por algunas bebidas acídulas, gaseosas ó amargas; y sólo despues de haber vuelto el apetito y despues del restablecimiento completo de las funciones gastro-intestinales á su estado normal, es cuando se podrá prescribir el tratamiento alterante conveniente.

2.° Aparte del estómago y del intestino, suministran otras contra-indicaciones para el tratamiento alterante, esos estados depravados de la salud general, que se han designado con el nombre de *caquexias*. En presencia de la caquexia escrofulosa, herpética ó sifilítica, es necesario guardarse bien de administrar el mercurio, el yoduro potásico, el hierro, el arsénico ó el aceite de hígado de bacalao; estos medicamentos no serían soportados; provocarían vómitos, diarreas colicuativas, destruirían completamente el apetito, etc. Lo que debe hacerse en estos casos, por desdicha muy frecuentes, es ocuparse exclusivamente del estado general del enfermo, de levantar sus fuerzas, especialmente por una alimentacion escogida, suculenta y de fácil digestion, por vinos generosos, por bebidas alcohólicas; el hacerle cambiar de aire, si es posible, colocarle en las mejores condiciones de higiene con respecto á la habitacion y á la aireacion, etc. Este primer tratamiento no será más que preparatorio, es cierto, pero será indispensable para el éxito del tratamiento alterante. Esta es la preparacion que se le hace sufrir á la tierra ántes de confiarle la semilla, que no fructifica, si el terreno no ha sido bien dispuesto para recibirla.

3.° Una enfermedad intercurrente ó accidental puede declararse y se declara á veces en el curso de un tratamiento alterante; es preciso entónces cesar inmediatamente este tratamiento alterante, que no sería soportado y el cual no se volverá

á emplear, sino despues de haber hecho desaparecer la enfermedad intercurrente por la medicacion que la convenga. Así, pues, *el mal estado de las vías digestivas*, *el mal estado de la salud general y una enfermedad intercurrente*, son tres condiciones que contra-indican formalmente todo tratamiento alterante, y por desconocer estas condiciones, es que vemos tan frecuentemente producir á los tratamientos alterantes, los más desastrosos efectos, ya con respecto á la salud general, que acaban de degradar y de destruir, ya con respecto á las lesiones cutáneas que, por consiguiente, agravan. Recordemos, á este propósito, que hemos establecido en una de nuestras lecciones precedentes, cuán grande es la influencia de la salud general sobre la marcha y la gravedad de las enfermedades de la piel.

2.° De la existencia simultánea de varias diátesis con relacion á un tratamiento alterante.—Con frecuencia varias diátesis, ó estados patológicos diferentes, existen á la vez en el mismo enfermo; así es que, el hérpes y la sífilis pueden estar ingertos en la escrófula, el linfatismo y la anemia. Cuando más defectuosa es la constitucion del enfermo, más grave en sus manifestaciones, tenaz y refractaria al tratamiento, es una diátesis adquirida. Por consiguiente, con respecto á la curacion de esta diátesis, será una cosa eminentemente útil el combatir esta diátesis por una medicacion adecuada, al mismo tiempo que combatir la constitucion patológica nativa del enfermo. Estos dos tratamientos se dirigirán simultáneamente, el uno á una diátesis adquirida ó accidental; el otro á un estado vicioso primitivo; se prestarán un mutuo apoyo y recibirán uno de otro su poder, si no curativo, por lo ménos modificador. Así es que, por ejemplo, si el sifilítico es al mismo tiempo escrofuloso, ó solamente anémico, le daremos á la vez el mercurio ó el yoduro de potasio y los ferruginosos, los amargos y otros reconstituyentes.

3.° De la eleccion y de las dósis de los medicamentos alterantes.—La primera condicion para el éxito de un tratamiento

alterante ó diatésico, es la facilidad con la cual el estómago y el intestino soporten, digieran ó asimilen los medicamentos alterantes. Es necesario que estos medicamentos sean aceptados por el tubo gastro-intestinal, sin que resulte para él ningun trastorno, ningun malestar, ningun desórden; es necesario que el enfermo no se aperciba de la accion de los medicamentos; su apetito no debe disminuir, ni sus funciones digestivas alterarse en lo más mínimo. Es necesario, por consiguiente, poner el mayor cuidado en la eleccion de los medicamentos y apropiarlos á las diferentes idiosincrasias. Nunca nos obstinamos en dar medicamentos, muy buenos por sí mismos, pero que no pueden ser soportados por ciertas naturalezas, ya á causa de su sabor, ya á causa de la dificultad con que son digeridos. ¿Qué hay mejor en la escrófula que el aceite de hígado de bacalao? Y sin embargo, no lo damos si el estómago no puede habituarse á él y si la repugnancia que inspira pervierte el apetito. Cuando prescribimos preparaciones salinas, damos siempre la preferencia á las que son más solubles, más fácilmente asimilables y las ménos peligrosas. Así, pues, nosotros damos siempre el arsénico en arseniato sódico: ya bajo la forma pilular, prescribiendo píldoras que contengan cada una *un miligramo* de arseniato de sosa y 10 centigramos de un extracto amargo y depurativo, como el extracto de genciana, el de quina ó el de cuasia amarga; ya, por el contrario, damos el arseniato de sosa en disolucion, dosificado como más adelante diremos. Para el mercurio, damos con mas frecuencia, bajo la forma pilular, el proto-yoduro, asociándolo á un extracto amargo y á una débil cantidad de opio, para facilitar la tolerancia. Esta sal nos parece ser la que el estómago acepta mejor y digiere más fácilmente. Algunas veces damos el bi-yoduro en el jarabe de Gibert.

Hablemos ahora de las dósis; guardémonos de exagerarlas: no olvidemos que los medicamentos llamados alterantes no obran como tales, sino á condicion de ser perfectamente digeridos y asimilados, sin producir trastorno alguno en la econo-

mía: si sus dósis son muy fuertes, hacen vomitar y purgan; su accion deja de ser fisiológica; se vuelve perturbadora, peligrosa, tóxica; produce accidentes que agravan el estado del enfermo, imponen un tratamiento especial, contraindican la continuacion del tratamiento diatésico y, por consiguiente, dilatan indefinidamente la curacion y engendran con frecuencia las más temibles complicaciones. Así es que vemos médicos dar el proto-yoduro de mercurio á la dósis de 10 *centigramos* por dia. Esta dósis es ciertamente muy fuerte; rara vez es soportada: no tarda en determinar, con la salivacion, accidentes en la boca, en el estómago y en los intestinos; de aquí, independientemente de los desórdenes locales y trastornos funcionales, el enflaquecimiento y la alteracion de la salud general. Miéntras que, por el contrario, si el proto-yoduro se da á más corta dósis—y nosotros no pasamos de 3 *centigramos* por dia—no sólo es perfectamente tolerado, no sólo cura, sino que tambien mejora y fortifica la salud general, tanto que nunca se encuentran mejor los enfermos que al salir de un tratamiento diatésico prudentemente dirigido.

4.° De la higiene de los enfermos.—Las diátesis sifilítica y escrofulosa, y con frecuencia tambien la diátesis herpética, gastan las fuerzas y producen una alteracion más ó ménos grave á la vitalidad de los enfermos. Por otra parte, un tratamiento alterante, para ser fácilmente soportado, exige una constitucion suficientemente vigorosa, como hemos dicho. Estas consideraciones, que es preciso no perder de vista, indican al clínico que, durante un tratamiento alterante, el enfermo debe estar colocado en las mejores condiciones higiénicas: 1.°, alimentacion tónica, reconstituyente, tan escogida y reparadora como sea posible; 2.°, salubridad y gran aireacion de las viviendas; si se puede, habitacion en el campo y en un aire seco y de un calor moderado; 3.°, ausencia de toda fatiga, de todo exceso y de todo trabajo. Es necesario no olvidar que los hábitos del enfermo y que el medio en que viven ejercen siempre una influencia capital sobre el éxito de toda medicacion alterante.

5.º De la duracion de un tratamiento alterante.— ¿Qué es un tratamiento alterante? Es el que tiene por objeto modificar una constitucion inficionada de un vicio accidental, adquirido ó hereditario. La destruccion de un principio vicioso, que está generalizado en la economía hasta el punto de impregnarla toda, es siempre una obra larga y difícil de realizar. Siempre es trabajo de muchos meses, cuando no de varios años. Y si en tal ó cual caso, tal ó cual diátesis, ha sido reputada incurable, es porque el tratamiento empleado contra ella no ha sido ni bien dirigido, ni continuado largo tiempo. Cuando el tratamiento ha sido seguido uno, dos ó tres meses sin descansar, es conveniente interrumpirlo durante un tiempo más ó ménos largo, á fin de darle al tubo gastro-intestinal un reposo necesario. Es preciso no declarar nunca el tratamiento terminado hasta que haya desaparecido completamente toda manifestacion diatésica; es necesario tambien continuar el tratamiento despues que haya desaparecido toda huella de alteracion cutánea, mucosa, ganglionar ú ósea, pues debemos siempre contar con posibles reapariciones. Con el objeto de prevenirlas es prudente volver á tomar, á ciertos intervalos, en ciertas épocas, y sobre todo en la primavera y á la entrada del invierno, una medicacion alterante, áun en ausencia de todo accidente actual.

Sentados estos principios generales, ocupémonos ahora de cada una de las enfermedades de la piel en particular para establecer el tratamiento interno que conviene á cada una de ellas.

1.º **Dermatósis sintomáticas de trastornos gástricos.**—*Eritema*, *urticaria*.—El eritema papuloso ó tuberculoso, y la urticaria en su forma aguda, no siendo más que la manifestacion sobre la piel ó el eco exterior de accidentes gástricos, indican, por esta causa, un tratamiento que se dirija al estómago. En los casos más simples, bastan uno ó dos dias de dieta y algunas bebidas acídulas ó alcalinas. Si el estado saburral es muy pronunciado, será conveniente administrar un emético, y los

dias siguientes uno ó dos purgantes salinos. En general, se dará la preferencia á las aguas purgantes naturales, como las aguas de Pullna, de Birmenstorff, de Friedericshall y de Hunyadi-Janos (1); fatigan ménos que un purgante oficinal; valdrá más darlas á pequeñas dósis, uno ó dos vasos solamente, y repetir su uso dos ó tres dias, si es necesario, que administrar de una sola vez un purgante fuerte, que tendría el inconveniente de fatigar el estómago. Por el estómago se deberá atacar tambien la urticaria crónica, *urticaria evanida*, puesto que coincidiendo habitualmente con la dispepsia, con la inapetencia y la atonía de las vías digestivas, puede considerarse como consecuencia de este desórden gástrico. Así, pues, obremos sobre el tubo gastro-intestinal por una medicacion á la vez purgante, tónica y estimulante: una, dos ó tres veces por semana, demos por la mañana uno, dos ó tres vasos de agua purgante; recurramos al mismo tiempo á la estrignina, recomendada con razon por Boudin contra la gastralgia; este es uno de los excitantes más enérgicos. Haremos preceder cada una de las tres comidas, de una cucharada de sopa de la pocion siguiente:

Agua destilada.....	120 gramos.
Sulfato de estrignina.....	1 ó 2 centigramos.
Jarabe de menta	30 gramos.

Prescribamos tambien, con el mismo objeto, el elíxir estomático amargo de Stoughton, del cual tomarán los enfermos una cucharada de café en la cuarta parte de un vaso de agua, ó bien la tintura amarga de Baumé, á la dósis de una ó dos gotas en una cucharada de agua, ántes de comer; á veces tambien el láudano administrado de la misma manera y á la misma dósis que la tintura amarga de Baumé. No olvidemos tampoco

(1) En España tenemos las de Loeches, Peralta, Vacia-Madrid, Salinetas de Novelda.

(N. de los T.)

las diversas aguas minerales que por su composicion química están dotadas de propiedades estimulantes, tónicas y digestivas, como las aguas de la Bauche, de Marcols, de Royat, de Vals, de Saint-Alban, de Orezza, de Condillac y de Saint-Galmier (1).

2.° **Dermatósis piréxicas, exantemáticas, vexico-pustulosas.**—*Roseola*, *miliar*, *fiebre herpética*, *zona*, *sarampion*, *varioloide*, *viruela*, *escarlatina*, *erisipela*.—Teniendo estas afecciones una duracion fatal, varios médicos son de opinion de que no necesitan tratamiento y que toda medicacion dirigida contra ellas es inútil. Este es un grave error; ellas ofrecen, por el contrario, las más importantes indicaciones terapéuticas que llenar: así, pues, primero, en su período prodrómico, si la erupcion se hace tardía é incompletamente, en medio de accidentes generales graves, uno ó dos vomitivos la facilitarán y producirán una deplecion general. En su período de estado, si la fiebre es intensa, si los síntomas inflamatorios son muy acentuados, la dieta, las bebidas diluentes, diuréticas y purgantes, los atemperantes, como el alcoholaturo de acónito y la digital, moderarán esas manifestaciones alarmantes y podrán destruir esas amenazas, siempre tan temibles, de complicaciones cerebrales ó pulmonares. Si, por el contrario, los caractéres de la erupcion y de la constitucion expresan un estado general adinámico y maligno, será preciso apresurarse á recurrir á los tónicos, á los caldos, al vino de quina, á las infusiones excitantes, á los vinos generosos y á las bebidas fuertemente alcoholizadas. Fuera de estas dos formas extremas y opuestas, y áun cuando estas afecciones revisten su forma más ordinaria y más benigna, es preciso ejercer sobre ellas la más activa vigilancia, á fin de evitar complicaciones siempre posibles; así es que no se dejará nunca de combatir el estado bilioso por un

(1) En España. las de Puertollano, Hervideros de Fuensanta, Solan de Cabras, etc., etc.

(N. de los T.)

vomitivo, y á veces por varios purgantes, y tener cuidado de sostener en el intestino una derivacion preservadora y siempre saludable.

3.° **Dermatósis herpéticas.**—Todas estas afecciones, secas ó húmedas, y de tipos tan diversos, no existen más que bajo la influencia de un vicio general, hereditario ó adquirido, que podemos llamar con M. Bazin *dartro* ó *herpétis*. Hay, pues, aunque no lo cree el profesor Hébra, la diátesis ó constitucion herpética, como hay la diátesis palúdica, sifilítica ó escrofulosa. Por consiguiente, es evidente que la curacion del *herpetismo* supone de toda necesidad un tratamiento general, modificador ó alterante. Pero ¿tiene el hérpes su mercurio ó su sulfato de quinina, ó en otros términos, su específico? Confesamos, con M. Bazin, que no: no tiene, desgraciadamente, específico. Sin embargo, el arsénico ejerce sobre él una accion modificadora incontestable y de las más importantes; esta accion es con frecuencia curativa, pero con frecuencia tambien, cuando aquél cura, no es sino por cierto tiempo; y las recidivas, muy comunes, enseñan que, en la mayoría de los casos, la curacion no había sido más que aparente y temporal, y que los enfermos habían sido tan sólo limpiados, más bien que curados, en la rigurosa acepcion de la palabra.

Si el arsénico no es, propiamente hablando, un específico, es, por lo ménos, el principal agente de la medicacion antiherpética; él la domina, tiene en ella el poder más activo, pero no la constituye él solo. Unas veces, como en los hérpes vivos, húmedos y de brotes agudos, es necesario prepararle las vías y hacer posible su empleo por una medicacion antiflogística, temperante y emoliente; otras veces, como en ciertos hérpes secos, como el psoriásis y el prurigo, engertos en un individuo de temperamento bilioso y sanguíneo, es necesario asociarle bebidas purgantes, refrescantes, depurativas y alcalinas. Otras veces, como en todos los hérpes de tipos variados, designados con el nombre vulgar de *usagres*, y que están unidos á la anemia y al linfatismo, sin ser por eso verdaderas escrofúlides,

será preciso darlo unido al hierro, á los yódicos, al aceite de hígado de bacalao y á los amargos. Así, pues, el tratamiento interno de las afecciones cutáneas de naturaleza herpética, es complejo y difícil; está compuesto de medicamentos numerosos, y debe ser modificado, no sólo por la especie y el período de evolucion de las dermatósis, si que tambien por la constitucion de los enfermos.

Eczema.—El eczema es una inflamacion (ἕκζέω, yo quemo); luégo, en los primeros períodos, los que están caracterizados por el calor, la tension y la turgencia de la piel, por brotes vexiculosos, por la secrecion sero-gomosa que se produce en la superficie del dérmis ulcerado, y por esas sensaciones tan dolorosas de quemadura y de escozor que son el tormento de los enfermos, el tratamiento interno deberá ser emoliente y antiflogístico, segun la intensidad de los accidentes inflamatorios y la extension de las superficies eczematosas. En el caso en que las regiones afectas son vastas é importantes, tales como la cara entera y el cuero cabelludo, el tronco, los miembros inferiores en toda su extension, será necesario prescribir el reposo absoluto, una media dieta, bebidas refrescantes, diuréticas, purgantes y atemperantes, destinadas á moderar el elemento inflamatorio y á modificar el estado flegmásico de la sangre. La secrecion sero-gomosa que se verifica en todas las superficies denudadas y ulceradas, constituye un verdadero catarro agudo é inflamatorio de la piel; el uso de los diuréticos y de los purgantes producirá una derivacion saludable, y sostendrá en las vías urinarias é intestinales una especie de catarro artificial y sustitutivo; la corriente morbosa que era llevada hácia la piel, se encontrará así desviada y reemplazada por una ó dos corrientes, que no serán solamente corrientes derivativas, sino tambien corrientes depurativas, porque arrastrarán consigo muchos principios viciosos contenidos en la economía, y llegarán á ser vías de eliminacion para lo que se llamaba otras veces *humores pecantes*.

A las bebidas esencialmente diuréticas y purgantes, tales

como las infusiones de trinitaria silvestre y de sen, las decocciones de grama, de parietaria, de *uva ursi*, de caña de Provenza, las diversas aguas minerales purgantes naturales, las limonadas magnésicas, etc.; es necesario no olvidar de añadir en los mismos períodos del eczema los medicamentos llamados depurativos, como la zarzaparrilla. Tambien está indicado, sobre todo, en los temperamentos bilioso-sanguíneos, el bicarbonato de sosa asociado á la zarzaparrilla. Esa preparacion oficinal, llamada esencia alcalina de zarzaparrilla de Fontaine, constituye un medicamento cuyo uso nunca os recomendaré lo bastante.

La esencia de zarzaparrilla, tal como nosotros la comprendemos, y tal como la prescribimos, es una solucion acuosa y concentrada de todos los principios activos de la zarzaparrilla. Para que esta preparacion esté bien hecha y tenga un verdadero valor depurativo, es necesario servirse de aparatos especiales que conserven y concentren en esta esencia los principios volátiles y los principios fijos de la raíz. El descrédito en que ha caido la zarzaparrilla, para muchos médicos, depende seguramente del empleo de preparaciones viciosas, de esos cocimientos prolongados al contacto del aire, donde los principios activos son sacrificados, los productos volátiles se escapan en forma de vapor y los productos fijos están desnaturalizados ó destruidos en el seno del líquido. Cada cucharada de esencia de zarzaparrilla preparada en las condiciones que acabamos de indicar, contiene en disolucion un gramo de bicarbonato de sosa; nosotros damos comunmente cuatro cucharadas por dia en dos dósis; cada dósis es tomada una hora ántes de cada comida, en un vaso de agua.

Cuando, bajo la influencia de esta medicacion interna compleja, unida al tratamiento externo que ya hemos expuesto, los accidentes inflamatorios del eczema son sucesivamente extinguidos; cuando los brotes hayan casi desaparecido, así como la exhalacion húmeda que era su consecuencia, entónces, y sólo entónces, es llegado el momento de administrar el

arsénico. Antes, el arsénico no sería soportado; no haría más que aumentar la inflamacion de la piel, haciendo más frecuentes, más intensos y más dolorosos los brotes, y exagerar la secrecion húmeda; en una palabra, agravar los accidentes. Es necesario, pues, esperar, para dar el arsénico, á que el eczema haya dejado de ser fluente y que haya perdido todo carácter de agudeza. No es raro que, bajo su influencia, el estado agudo parezca despertarse y se produzcan nuevas erupciones. Este retoño de agudeza es á veces bastante intenso para necesitar la supresion temporal del arsénico y la vuelta al tratamiento precedente. Pero si la vuelta del eczema á una especie de estado agudo, queda en condiciones moderadas, es necesario ver en ella el efecto natural y fisiológico del arsénico; es un brote artificial que llega á ser sustitutivo, y que, extinguiéndose progresivamente, borra al mismo tiempo y lleva consigo los últimos vestigios del eczema, es decir, las escamas y el tinte luciente barnizado. El tratamiento arsenical debe ser siempre largo, y debe prolongarse más que la duracion de los accidentes. Nosotros administramos siempre el arsénico en el estado de arseniato de sosa, y bajo dos formas diferentes:

Ya en disolucion, y hé aquí la fórmula que empleamos:

Agua destilada.....	250 gramos.
Arseniato de sosa.....	5 centigramos.

El enfermo toma primero dos, despues tres, y despues cuatro cucharadas grandes por dia, lo que equivale á 9 y 12 miligramos.

Ya en píldoras, cuya fórmula es la siguiente:

Arseniato de sosa.....	1 miligramo.
Extracto de genciana.....	10 centigramos.

El enfermo tomará de ellas cuatro, seis, ocho ó diez por dia. Siempre damos el arsénico en las comidas, una cucharada de disolucion ó dos ó tres píldoras en cada una de las tres comi-

das. El arsénico se digiere y asimila más fácilmente cuando se encuentra asociado á los alimentos.

Los principios terapéuticos que acabamos de exponer, á propósito del tratamiento interno del eczema, son aplicables á las otras *herpétides* húmedas, como el *impétigo*, el *hérpes*, el *ectima* y el *pénfigo*.

Psoriásis.—El psoriásis no se presenta nunca con caractéres agudos ó inflamatorios, y siendo todo en él esencialmente crónico y tórpido, se puede y se debe dar el arsénico durante toda su duracion. Este es el medicamento por excelencia, con el cual es necesario combatirlo, y, como para el eczema, el arsénico debe continuarse hasta la desaparicion de sus últimas huellas, es decir, hasta que el tinte rojo morenuzco, último vestigio de las placas psoriásicas, se haya borrado. Se dice con razon que el psoriásis afecta de preferencia á los individuos fuertes y pletóricos; así es que, cuando comprobamos el predominio del temperamento bilioso-sanguíneo, tenemos la costumbre de dar el arsénico en union de los alcalinos. Damos, en el intervalo de las comidas, cuatro cucharadas por dia, en dos dósis, de esencia alcalina de zarzaparrilla, y en cada una de las tres comidas dos ó tres miligramos de arseniato de sosa. La zarzaparrilla y los alcalinos, además de la accion depurativa y modificadora que ejercen por sí mismos, tienen tambien la ventaja de atemperar la accion demasiado tónica y demasiado excitante que podría tener el arsénico sobre una constitucion en la cual domina el elemento sanguíneo. Por el contrario, en los casos en que la constitucion es naturalmente débil y anémica, ó bien cuando ha sido debilitada por el psoriásis mismo, y ha comenzado á sentir un grado más ó ménos avanzado de caquexia herpética, es conveniente añadir al arsénico el uso del hierro, de la quina y de otros amargos. En este caso damos á los enfermos, en cada comida, además del arseniato de sosa, una preparacion ferruginosa, y damos siempre la preferencia á la esencia de zarzaparrilla, no ya alcalina, sino ferruginosa, de la cual cada cucharada tiene en disolucion

cincuenta centigramos de citrato de hierro; el enfermo toma de ella una cucharada en cada comida, al mismo tiempo que la preparacion arsenical. Esta union del hierro y del arsénico está tambien perfectamente indicada en todas las dermatósis, cualesquiera que sean, cuando la constitucion está fatigada por la larga duracion de la enfermedad, por el estado de molestia y de sufrimiento que ésta ocasiona y por la abundancia de las secreciones, secas ó húmedas, que produce. Todo lo que hemos dicho del tratamiento del psoriásis se aplica al *prurigo* y al *líquen, cuando éste llega á ser crónico.*

4.° **Dermatósis sifilíticas.**—La sífilis tiene su específico incontestable: el mercurio. Este es el específico soberano y no destronado, á pesar de los ataques que ha sufrido en estos últimos tiempos, de los accidentes primitivos y secundarios. ¿Cuándo es preciso darlo? ¿Es necesario esperar á la induracion del chancro, primer acto de la constitucionalidad de la sífilis?—No; sería hacer perder al enfermo, para su tratamiento, quince ó veinte dias. Todavía ménos deberá esperarse á la aparicion de los accidentes cutáneos. Esta sería una pérdida de seis semanas á dos meses. Tan luégo como hemos comprobado debidamente un chancro, damos el mercurio por varias razones: primero, porque nunca se está seguro si este chancro será ó no un *chancro indurado*; si el chancro debe indurarse, el mercurio dado *ab ovo* y á título preventivo será una atenuacion para la intensidad y la duracion de los accidentes constitucionales futuros; segundo, porque áun cuando el chancro fuese y permaneciese un *chancro blando*, podría tambien dar lugar á una sífilis constitucional; esta es una verdad demostrada hoy, y nosotros poseemos ejemplos y pruebas de este hecho raro, en verdad, pero incontestable; tercero, porque el mercurio administrado como se debe no hace correr al enfermo peligro alguno, y que, léjos de atacar á su salud general, la fortifica, como nosotros hemos dicho y la experiencia demostrado. No hay, pues, ningun inconveniente en dar el mercurio de seguida, tan pronto como se esté cierto que se trata de

un chancro. Esta era la práctica de nuestro primer maestro M. Huguier; nosotros la hemos adoptado y la recomendamos. El mercurio es, pues, el específico de los accidentes primitivos y secundarios; se le debe dar durante toda su evolucion y hasta despues de su entera y completa desaparicion; es decir, durante dos, tres, cuatro meses y á veces más. Nosotros damos el proto-yoduro de mercurio con preferencia á todos los preparativos de este metal; esta sal mercurial es la que los enfermos soportan mejor; le hacemos tomar en píldoras, asociado á un extracto depurativo y á una débil cantidad de opio para facilitar la tolerancia. Nunca lo damos á una dósis superior á 3 centigramos. Cada una de nuestras píldoras se compone de

Proto-yoduro de mercurio.....	0,03
Extracto de genciana.....	0,10
Extracto de opio.....	0,01

El enfermo toma una todas las mañanas en ayunas.

Nosotros añadimos algunas tisanas amargas, y si la constitucion del enfermo es anémica ó escrofulosa, quina, hierro y aceite de bacalao. Tal es nuestro tratamiento contra el *chancro primitivo*, el *blando* y el *indurado;* contra la *roseola*, la *sifílide papulosa*, *pápulo-escamosa*, *tuberculosa* y *tubérculo-escamosa;* contra la *sifílide circinada*, *anular*, *precoz* ó *tardía;* en una palabra, contra todas las *sifílides no ulcerosas*, *precoces* ó *tardías*, *generalizadas* ó *en grupos.*

Cuando las sifílides son *ulcerosas*, llegan á ser, por el hecho mismo de la ulceracion de la piel, la expresion de un grado más profundo y más grave de impregnacion de la constitucion por el vírus sifilítico; son accidentes casi terciarios; el mercurio es insuficiente. Nosotros le agregamos entónces el yoduro de potasio y hacemos tomar al enfermo cada dia una píldora de proto-yoduro de mercurio y un gramo de yoduro de potasio; á veces llegamos hasta dos gramos, pero rara vez más allá. Frecuentemente damos el yoduro disuelto en la esencia alcalina de zarzaparrilla; el principio alcalino de este líquido, tan enérgicamente depurativo, hace aceptar más fácilmente

por el estómago el yoduro de potasio y previene todo trastorno ó accidente intestinal. Tenemos, pues, la esencia alcalina yodurada de zarzaparrilla; cada cucharada contiene un gramo de bi-carbonato de sosa y 50 centigramos de yoduro de potasio; damos dos, tres y cuatro por dia, al máximun, en dos dósis; cada dósis se toma pura ó en medio vaso de agua. Otras veces damos el mercurio y el yoduro de potasio reunidos en la misma disolucion, bajo la forma de jarabe de Gibert. Cada cucharada de este jarabe contiene 50 centigramos de yoduro de potasio y un centigramo de bi-yoduro de mercurio; damos de él una ó dos cucharadas por dia al máximun. De este modo es como tratamos las ulceraciones sifilíticas de la piel, es decir, las *sifílides ulcerosas*, *serpiginosas* ó no, las *sifílides pustulo-crustáceas*, el *ectima* y la *rupia sifilítica*.

Siendo siempre el fagedenismo la consecuencia de un trastorno profundo sobrevenido en la salud general, y de un mal estado de la constitucion, debe combatirse, ante todo, por un tratamiento general en armonía con los desórdenes que se producen (eméticos, purgantes, estimulantes de las funciones digestivas, tónicos, reparadores, buenas condiciones higiénicas, reposo, etc.)

5.° **Dermatósis escrofulosas.** — Cualquiera que sea el carácter y la gravedad de las *escrofúlides*, que sea una simple *escrofúlide eritematosa* ó una *escrofúlide ulcerosa*, en superficie ó en profundidad (*lupus vorax*); que la piel sea simplemente levantada por los gánglios hipertrofiados, ó que sea adelgazada y destruida por esas ulceraciones patognomónicas de la escrófula, siempre habrá que recurrir al tratamiento antiescrofuloso : aceite de hígado de bacalao, soluciones de yoduro potásico yoduradas, jarabe de rábano yodado de Dorvaux, vino yodado de Béguin, ferruginosos, amargos, fosfato de cal, etcétera (1) y sobre todo una higiene tan buena como sea posi-

(1) Son muy convenientes tambien los baños de mar y los minerales clorurado-sódicos: Trillo, Puente Viesgo, etc., etc. *(N. de los T.)*

ble, con respecto á los alimentos, las costumbres y las habitaciones.

6.° **Dermatósis sintomáticas de un mal estado de la salud general.**—*Ectima caquéctico*, *rupia*, *pénfigo*, *púrpura hemorrágica*, *prurigo senil.* —Será necesario preocuparse en estos casos, principalmente de la higiene y de la reconstitucion del enfermo: cambio de aire, alimentacion suculenta, carne cruda, vinos generosos, bebidas alcoholizadas, pocion de Todd, quina, aguas minerales gaseosas y ferruginosas, como las aguas de la Bauché, de Orezza, de Marcols, etc... (1)

7.° **Dermatósis estacionales.**—*Hérpes*, *eritema*, *miliar*, *varicela*, *líquen agudo*, *púrpura simple.*—Algunos dias de reposo, de dieta y de bebidas refrescantes ó ligeramente purgantes, bastan, por lo comun, para triunfar de estas afecciones, generalmente sin duracion y sin gravedad.

Tal debe ser el tratamiento interno ó general de las enfermedades de la piel. Esta exposicion terapéutica, muy sumaria y muy rápida para ser completa, bastará, sin embargo, para hacer resaltar este gran hecho, sobre el cual nunca insistiré demasiado, á saber: que no siendo frecuentemente las enfermedades de la piel más que un síntoma y una manifestacion de diversos estados patológicos, que pueden afectar la economía, no pueden ser curadas más que por un tratamiento alterante, deducido de los *trastornos interiores*, ó de la *diátesis*, de la cual emanan.

---

(1) En España las de Trillo (fuente de la Princesa y del Director) Puertollano, Lanjaron, etc., etc.

(N. de los T.)

INDICE

PRIMERA PARTE.

Págs.

LECCION PRIMERA.

Consideraciones generales sobre el diagnóstico de las enfermedades de la piel..... 1

LECCION SEGUNDA.

Consideraciones generales sobre el diagnóstico de las enfermedades de la piel (*continuacion*)..... 8

LECCION TERCERA.

Clasificacion de las enfermedades de la piel segun sus lesiones anatómicas..... 17

LECCION CUARTA.

Clasificacion de las enfermedades de la piel segun sus caractéres de secrecion ó de no secrecion..... 28

LECCION QUINTA.

Psoriásis..... 35

LECCION SEXTA.

Psoriásis (*continuacion*)..... 44

LECCION SÉTIMA.

Eczema..... 58

LECCION OCTAVA.

Eczema (*continuacion*)..... 65

Págs.

LECCION NOVENA.

Eczema (*continuacion*)..... 71

LECCION DIEZ.

Eczema (*continuacion*)..... 78

LECCION ONCE.

Eczema (*continuacion*)..... 83

LECCION DOCE.

Eczema (*conclusion*)..... 88

LECCION TRECE.

Impétigo..... 94

LECCION CATORCE.

Impétigo (*continuacion*)..... 100

LECCION QUINCE.

Ectimà..... 108

LECCION DIEZ Y SEIS.

Ectima (*continuacion*)..... 116

LECCION DIEZ Y SIETE.

Ectima (*conclusion*)..... 127

LECCION DIEZ Y OCHO.

Acné..... 140

LECCION DIEZ Y NUEVE.

Acné (*continuacion*)..... 155

LECCION VEINTE.

Acné (*conclusion*)..... 168

LECCION VEINTIUNA.

Sicósis..... 190

LECCION VEINTIDOS.

Sicósis (*continuacion*)..... 203

LECCION VEINTITRES.

Sicosis (*conclusion*)..... 216

Págs.

LECCION VEINTICUATRO.

Hérpes 231

LECCION VEINTICINCO.

Hérpes (*conclusion*) 269

LECCION VEINTISEIS.

Miliar 294

LECCION VEINTISIETE.

Rupia 311

LECCION VEINTIOCHO.

Pénfigo 327

LECCION VEINTINUEVE.

Herpétide maligna esfoliatriz 355

LECCION TREINTA.

Prurigo.—Líquen 371

SEGUNDA PARTE.

LECCION TREINTA Y UNA.

Caractéres generales de las lesiones cutáneas de la escrófula bajo el punto de vista de su diagnóstico 399

LECCION TREINTA Y DOS.

Lesiones cutáneas de la escrófula, bajo el punto de vista de su clasificacion, de sus caractéres anatómicos, de su pronóstico y de su tratamiento 406

LECCION TREINTA Y TRES.

Evolucion habitual de las lesiones cutáneas de la sífilis; sífilis maligna galopante 423

LECCION TREINTA Y CUATRO

Estudio sintomatológico comparativo de las manifestaciones cutáneas del hérpes, de la escrófula y de la sífilis 439

Págs.

LECCION TREINTA Y CINCO.

Consideraciones generales sobre los caractéres comunes y diferenciales de las enfermedades de la piel..... 450

LECCION TREINTA Y SEIS.

Dermatología de la region genital de la mujer..... 462

LECCION TREINTA Y SIETE.

Influencia de las enfermedades de la piel sobre la salud general. 475

LECCION TREINTA Y OCHO.

Influencia de la salud general sobre las enfermedades de la piel. 484

LECCION TREINTA Y NUEVE.

Patología comparativa de las membranas mucosas y de la piel.. 493

LECCION CUARENTA.

Diátesis fibrómica (fibromas generalizados)..... 500

LECCION CUARENTA Y UNA.

Tratamiento de las enfermedades de la piel.—Tratamiento externo..... 512

LECCION CUARENTA Y DOS.

Tratamiento de las enfermedades de la piel.—Tratamiento interno..... 529

27.D.275
Lecciones clinicas sobre las en1878
Countway Library BFB7417
3 2044 046 188 033

HOLZER

27.D.275
Lecciones clinicas sobre las en1878
Countway Library BFB7417
3 2044 046 188 033